

**INFORMAZIONI INTEGRATIVE /
VARIAZIONI DA INSERIRE NELL'ALBO**

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLZANO**

Il/la sottoscritto/a Dr/ssa _____

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi e/o all'albo degli Odontoiatri di questa provincia al n. _____ dal _____

COMUNICA

Sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità penali, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 445/2000

INFORMAZIONI INTEGRATIVE / VARIAZIONI DA INSERIRE NELL'ALBO

- Tel. privato _____ Tel. lavoro _____
- Cell. privato _____ Cell. lavoro _____
- Fax _____
- indirizzo posta elettronica (privato) _____
- indirizzo posta elettronica (lavoro) _____
- indirizzo posta elettronica PEC _____
- sito web _____
- recapito postale _____
- indirizzo ambulatorio _____
- residenza _____
- convenzionamento SSN – Comprensorio sanitario di _____
 - provincia _____
 - data convenzione _____
- qualifica professionale _____
 - ospedale/reparto _____
 - libero professionista/disciplina _____

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCP 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 211/1950 e dal D. Lgs. 196/2003.

Dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

Data _____

Firma _____