

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

l_ sottoscritt _____,

nat_ a _____ il _____

consapevole della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e che all'eventuale accertamento della non veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza consegirà la decadenza dei benefici ottenuti (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e la trasmissione degli atti alla Procura,

DICHIARA

In fede.

_____ li _____

(firma)

(Allegata copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante)

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Terni, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____ presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

_____ li _____

(firma)

Il/La sottoscritto/a _____, quale
incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni, dichiara che la
sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. _____, identificat_
tramite _____.

In fede

_____ li _____

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

l_ sottoscritt _____,

nat_ a _____ il _____

consapevole della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e che all'eventuale accertamento della non veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza conseguirà la decadenza dei benefici ottenuti (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e la trasmissione degli atti alla Procura,

DICHIARA

In fede.

_____ li _____

_____ (firma)

(Allegata copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante)

**INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Terni, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____ presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

_____ li _____

_____ (firma)

Il/La sottoscritto/a _____, quale
incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni, dichiara che la
sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. _____, identificat_
tramite _____.

In fede

_____ li _____

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

l_ sottoscritt _____,

nat_ a _____ il _____

consapevole della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e che all'eventuale accertamento della non veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza consegirà la decadenza dei benefici ottenuti (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e la trasmissione degli atti alla Procura,

DICHIARA

In fede.

_____ li _____

(firma)

(Allegata copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante)

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Terni, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____ presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

_____ li _____

(firma)

Il/La sottoscritto/a _____, quale
incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni , dichiara che la
sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. _____, identificat_
tramite _____.

In fede

_____ li _____

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

l_ sottoscritt _____,

nat_ a _____ il _____

consapevole della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e che all'eventuale accertamento della non veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza consegirà la decadenza dei benefici ottenuti (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e la trasmissione degli atti alla Procura,

DICHIARA

In fede.

_____ li _____

_____ (firma)

(Allegata copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante)

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Terni, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____ presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

_____ li _____

_____ (firma)

Il/La sottoscritto/a _____, quale
incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni , dichiara che la
sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. _____, identificat_
tramite _____.

In fede

_____ li _____

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

l_ sottoscritt _____,

nat_ a _____ il _____

consapevole della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e che all'eventuale accertamento della non veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza conseguirà la decadenza dei benefici ottenuti (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e la trasmissione degli atti alla Procura,

DICHIARA

In fede.

_____ li _____

_____ (firma)

(Allegata copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante)

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Terni, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____ presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

_____ li _____

_____ (firma)

Il/La sottoscritto/a _____, quale
incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni , dichiara che la
sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. _____, identificat_
tramite _____.

In fede

_____ li _____

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

l_ sottoscritt _____,

nat_ a _____ il _____

consapevole della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e che all'eventuale accertamento della non veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza consegirà la decadenza dei benefici ottenuti (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e la trasmissione degli atti alla Procura,

DICHIARA

In fede.

_____ li _____

_____ (firma)

(Allegata copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante)

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Terni, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____ presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

_____ li _____

_____ (firma)

Il/La sottoscritto/a _____, quale
incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni, dichiara che la
sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. _____, identificat_
tramite _____.

In fede

_____ li _____

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

l_ sottoscritt _____,

nat_ a _____ il _____

consapevole della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e che all'eventuale accertamento della non veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza conseguirà la decadenza dei benefici ottenuti (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e la trasmissione degli atti alla Procura,

DICHIARA

In fede.

_____ li _____

_____ (firma)

(Allegata copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante)

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Terni, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____ presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

_____ li _____

_____ (firma)

Il/La sottoscritto/a _____, quale
incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni, dichiara che la
sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. _____, identificat_
tramite _____.

In fede

_____ li _____

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

l_ sottoscritt _____,

nat_ a _____ il _____

consapevole della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e che all'eventuale accertamento della non veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza consegirà la decadenza dei benefici ottenuti (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e la trasmissione degli atti alla Procura,

DICHIARA

In fede.

_____ li _____

_____ (firma)

(Allegata copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante)

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Terni, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____ presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

_____ li _____

_____ (firma)

Il/La sottoscritto/a _____, quale
incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni , dichiara che la
sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. _____, identificat_
tramite _____.

In fede

_____ li _____