

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

OGGETTO: RICHIESTA CREDENZIALI DI ACCESSO AL SISTEMA TS

Il sottoscritto _____ con la presente

CHIEDE

il rilascio di cui all'oggetto e, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

dichiara

di essere nato a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ tel. _____

Cell. _____ E-mail _____

PEC _____

Iscritto all'Albo Medici Chirurghi di Venezia al n. _____

Iscritto all'Albo Odontoiatri di Venezia al n. _____

Per l'esercizio della propria attività di

A tal fine allega copia del documento di identità.

Luogo e data

Firma _____

**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 Venezia, 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 pubblicata nell'apposita sezione del sito istituzionale dell'Ordine ([link all'informativa estesa](#)).