



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA  
Via Mestrina 86 – 30172 Mestre – VE  
Tel. 041 989479 – 989582 • Fax 041 989663  
e-mail: [protocollo@ordinemedicivenezia.it](mailto:protocollo@ordinemedicivenezia.it)

## PROCEDURA PER LA RICHIESTA DI IDENTITA' SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale)

Compilare il modulo predisposto in tutte le sue parti e allegare:

1. copia di un documento valido di identità - fronte retro - in formato PDF o JPG (dimensioni massime 1MB)
2. Copia della tessera sanitaria CNS in corso di validità -fronte retro - PDF o JPG (dimensioni massime 1MB)

Inviare il tutto a mezzo PEC all'indirizzo: [segreteria.ve@pec.omceo.it](mailto:segreteria.ve@pec.omceo.it)

**È necessario avere uno smartphone IOS o Android dove poter ricevere mail e sms.**

Verrete poi contattati per fissare un appuntamento telefonico o via web con il Responsabile al rilascio.

---

### 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 al PDF dell'informativa privacy estesa](#))

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

PEC: [segreteria.ve@pec.omceo.it](mailto:segreteria.ve@pec.omceo.it)

**Richiesta rilascio identità SPID**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....

NATO/A A ..... IL .....

CODICE FISCALE: .....

DOCUMENTO DI IDENTITA' N. .... Rilasciato il .....

da ..... Scadenza .....

TESSERA SANITARIA N. .... Scadenza .....

a conoscenza del disposto dell'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che testualmente recita:

*Art. 76 - Norme penali.*

1. *Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.*
2. *L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.*
3. *Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 (certificazione) e 47 (notorietà) e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, (impedimento temporaneo) sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.*
4. *Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte.*

ferma restando, a norma del disposto dell'art. 75, dello stesso d.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità,

**CHIEDE IL RILASCIO DELL'IDENTITA' SPID  
A TAL FINE DICHIARA**

di essere residente nel Comune di ..... prov. ....

CAP ..... Via/Piazza ..... n .....

Cellulare ..... E-Mail .....

PEC ..... **(dato obbligatorio)**

Iscritto all'albo dei Medici Chirurghi al n. .... Iscritto all'albo degli Odontoiatri al n. ....

Dichiara di aver preso visione dell'informativa redatta ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 disponibile presso i nostri uffici ed essere stato informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

....., lì .....

IL/LA DICHIARANTE .....

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono ed ha la stessa validità temporale degli atti che sostituisce.**

**ALLEGARE SCANSIONE (fronte-retro) DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO E DELLA TESSERA SANITARIA**