

All'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di VENEZIA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____,

iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi degli Odontoiatri al nr. _____

- **sotto la propria responsabilità**, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni;

- **ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Stato-Regioni** del 7 febbraio 2013 e della Delibera del Consiglio Direttivo di questo Ordine n. 76 del 7 aprile 2015;

CHIEDE

Di essere inserito/a nell'elenco tenuto dall'Ordine relativo alla Disciplina:

OMEOPATIA

AGOPUNTURA

FITOTERAPIA

Sottoelenco: OMEOPATIA
OMOTOSSICOLOGIA
ANTROPOSOFIA

essendo in possesso di almeno uno dei requisiti previsti dalle disposizioni transitorie di cui all'art. 10 dell'Accordo Stato-Regioni sopra citato, come da documentazione allegata:

Attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della domanda di almeno 300 ore di insegnamento teorico-pratico e della durata almeno 3 anni con verifica finale;

Attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della domanda di almeno 200 ore di insegnamento teorico-pratico ed almeno 15 anni di esperienza clinica documentata;

Attestazione di iter formativo costituito da corsi anche non omogenei (compresi i Master Universitari) che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza almeno pari a quella ottenibile con i corsi di cui ai punti precedenti;

Documentazione di almeno 8 anni di docenza nella disciplina oggetto della presente domanda presso un soggetto pubblico o privato accreditato alla formazione.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____

Firma per esteso e leggibile

.....

***** se la domanda non viene presentata personalmente dovrà essere allegata copia di valido documento di identità personale.**

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

- Il/la dott./dott.ssa
Identificato/a a mezzo _____
sottoscrive e consegna in data odierna domanda e documentazione di n. fogli:

- La domanda è pervenuta con lettera RACCOMANDATA AR con allegata copia di documento di identità personale.

Data _____

Firma addetto al ricevimento

.....

**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](#)).