

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa

Nome

Cognome

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N. iscrizione

consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 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 d.p.r. 445/2000), sotto la propria responsabilità

COMUNICA

Il cambio di una o più delle seguenti generalità:

NOME

Indicare il nome precedente nello spazio sottostante	Indicare il nome attuale nello spazio sottostante

COGNOME

Indicare il cognome precedente nello spazio sottostante	Indicare il cognome attuale nello spazio sottostante

SESSO

Indicare il sesso precedente nello spazio sottostante	Indicare il sesso attuale nello spazio sottostante

CODICE FISCALE

Indicare il codice fiscale precedente nello spazio sottostante	Indicare il codice fiscale attuale nello spazio sottostante																														
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															

CITTADINANZA

Indicare la cittadinanza precedente nello spazio sottostante	Indicare la cittadinanza attuale nello spazio sottostante

LUOGO DI NASCITA

Indicare il luogo di nascita precedente nello spazio sottostante	Indicare il luogo di nascita attuale nello spazio sottostante

DICHIARA PERTANTO CHE

il/la Dott./ssa

Nome

Cognome

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E

il/la Dott./ssa

Nome

Cognome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SONO LA MEDESIMA PERSONA.

Si allega alla presente copia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità nonché copia fronte-retro aggiornata del codice fiscale

Data

Firma_____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART 13 REG. UE 679/2016

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Brescia, con sede in Via Lamarmora 167, C.F.: 80013390176, PEC: info@omceobs.legalmailpa.it, Titolare del Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 4, punto 7) del Reg. UE 679/2016, in persona del proprio Presidente, legale rappresentante *pro tempore* dell'Ente, in ottemperanza a quanto disposto dall'art 13 del predetto Regolamento la informa che:

- a) i suoi dati personali saranno raccolti e trattati per lo svolgimento delle attività istituzionali del sopradetto Ordine secondo quanto disposto dal D.lgs. C.P.S. 233/1946, dal D.P.R. 221/1950, dalla L. 3/2018 e s.m.i. che costituiscono al contempo base giuridica del trattamento in questione e condizione di liceità dello stesso ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lett. e) del Reg. UE 679/2016: la mancata o parziale comunicazione dei predetti dati implica pertanto l'impossibilità per l'Ordine di adempiere alle proprie pubbliche funzioni, e potrebbe quindi comportare la sua non iscrizione oppure la sua cancellazione o sospensione dall'Albo, così come l'eventuale irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 40 D.P.R. 221/1950;
- b) i suoi dati personali, nello specifico quelli di cui all'art. 3 D.P.R. 221/1950 ed alla L. 3/2018, ossia nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza e/o domicilio professionale, ateneo e data di laurea e abilitazione, eventuali specializzazioni e docenze nonché, ai sensi dell'art. 3 D.P.R. 137/2012, eventuali sanzioni disciplinari saranno pubblicati sull'Albo Professionale; qualunque altro dato sarà invece conservato dall'Ordine con la massima riservatezza e comunicato o trasferito a terzi solamente in presenza di un obbligo di legge, oppure in ottemperanza al provvedimento di una Pubblica Amministrazione o di una Pubblica Autorità. Qualora tale comunicazione o trasferimento debba avvenire verso un'organizzazione internazionale od un paese terzo che non abbia adottato il Reg. UE 679/2016 essa avverrà solamente ove la Commissione abbia pronunciato favorevole parere di adeguatezza in merito al livello di protezione dei dati personali, così come stabilito dall'art. 45, paragrafo 3 Reg. UE 679/2016, oppure ove il trasferimento sia soggetto a garanzie adeguate come previsto dall'art. 46 Reg. UE 679/2016, salvo quanto previsto dall'art. 49 Reg. UE 679/2016;
- c) i suoi dati personali saranno conservati per un periodo di tempo illimitato: ciò in ragione dell'interesse pubblico alla loro conservazione, così come previsto, tra le altre disposizioni di legge, dall'art. 89 Reg. UE 679/2016. Tuttavia, i dati di cui alla lettera b) della presente informativa non saranno più resi pubblici da questo Ordine nel caso in cui Lei non sia più iscritto all'Albo Professionale;
- d) il trattamento dei suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e potrà essere effettuato anche attraverso modalità automatizzate atte a memorizzarli, gestirli e trasmetterli mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e tramite l'utilizzo di procedure e tecnologie che evitino il rischio di perdita, accesso non autorizzato, uso illecito e diffusione non autorizzata;
- e) per ciò che concerne i suoi dati personali, nei limiti di quanto previsto dall'art. 23 paragrafo 1 Reg. UE 679/2016, lei ha diritto all'accesso, alla rettifica, alla limitazione del trattamento, all'opposizione al trattamento ed a non essere sottoposto ad una decisione, basata unicamente sul trattamento automatizzato, che produca effetti giuridici che La riguardano o che incida in modo significativo sulla sua persona, salvo quanto previsto dall'art 22, paragrafo 2, lett. b) Reg. UE 679/2016. Qualora ritenga lesi i suoi diritti è sua facoltà proporre reclamo alla competente autorità di controllo;
- f) è sua facoltà contattare il responsabile della protezione dei dati per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi dati personali e all'esercizio dei connessi diritti derivanti dal Reg. UE 679/2016 al seguente recapito: dpo@ordinemedici.brescia.it

Data _____

Firma dell'interessato per presa visione _____