

DOMANDA DI ISCRIZIONE
ELENCHI DEGLI ESERCENTI LE MEDICINE NON CONVENZIONALI
(Accordo Stato-Regione del 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 54/CSR))

Il sottoscritto _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ Tel. _____

indirizzo e-mail _____

indirizzo PEC _____

iscritto all'Albo:

Medici Chirurghi al n. _____

Odontoiatri al n. _____

CHIEDE

l'iscrizione nell'Elenco Medicine non Convenzionali per:

OMEOPATIA

AGOPUNTURA

FITOTERAPIA

Sotto elenco

Omeopatia

Omotossicologia

Antroposofia

All'uopo dichiara sotto la propria responsabilità di aver acquisito competenza nella disciplina con formazione mediante frequenza del corso: _____ o docenza presso _____ come da attestato allegato alla presente.

DATA _____

FIRMA _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di GENOVA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR n. 445/2000 che il

Dott./ssa _____

identificato a mezzo di _____

ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato

**INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003, si informa che i dati personali forniti dall'interessato a questo ordine professionale, ovvero altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, formano oggetto di trattamento automatizzato o manuale nei limiti previsti dall'art. 4, comma 1, lett. a) della normativa citata, attraverso strumenti ed accorgimenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati personali dei propri iscritti sono utilizzati da questo Ordine per il raggiungimento dei fini istituzionali previsti dal DLCPS 13.09.1946 n. 233, dal relativo regolamento di attuazione approvato con DPR 05.04.1950 n. 211 e della ulteriore normativa vigente.

I dati personali relativi agli iscritti all'Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DI QUANTO SOPRA RIPORTATO E DI DARE IL PROPRIO ASSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COSI' COME INDICATO

Data _____

Firma _____