

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Prato
Via Viareggio, 10
59100 – Prato (PO)

Marca da
Bolli € 16,00

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____, residente a
_____ Via _____,
iscritto all'Albo _____ al n. _____,

CHIEDE

ai sensi della Legge Regionale Toscana n. 9 del 19/02/2007, dell'Accordo Stato-Regioni n.54/CSR del 07/02/2013 e del Protocollo d'Intesa fra Regione Toscana e FTOM del 16/03/2015, di essere inserito/a nell'elenco tenuto da Codesto Ordine relativo alla disciplina:

OMEOPATIA

AGOPUNTURA

FITOTERAPIA

Sottoelenco:

- Omeopatia
- Omotossicologia
- Antroposofia

essendo in possesso dei requisiti di cui all'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni sopra citato e dell'art. 3 del Protocollo d'Intesa sopra citato, come da documentazione allegata:

- Attestato rilasciato da un istituto formativo pubblico o privato accreditato dalla Regione al termine di un percorso formativo di almeno 3 anni con svolgimento di almeno 400 ore di formazione teorica, cui si aggiungono 100 ore di pratica clinica con superamento di un esame teorico-pratico al termine di ciascun anno di corso e discussione finale di tesi;
- Attestato di conseguimento di **Master Universitari** di durata biennale che soddisfino i requisiti di durata oraria di cui al punto precedente.

Data.....

Firma

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (di seguito GDPR), l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Prato, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che tratterà i suoi dati personali in formato elettronico e cartaceo secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza per adempiere a tutti gli obblighi previsti dalla normativa nazionale ed europea.

Il conferimento dei Suoi dati è **obbligatorio** in quanto una mancata autorizzazione renderebbe impossibile l'esecuzione del servizio o il perfezionamento del contratto e/o l'elaborazione di una sua richiesta.

I Suoi dati, inoltre, potranno essere comunicati a soggetti cui l'accesso ai dati sia riconosciuto da disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, a responsabili esterni e/o a soggetti regolarmente autorizzati e formati sul Trattamento dei dati personali.

Lei ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del GDPR) e, ricorrendone i presupposti, ha, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo secondo le procedure previste.

Maggiori e più puntuali informazioni circa il trattamento dei Suoi dati potranno essere forniti contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo e-mail segreteria@omceopo.org

Con la sottoscrizione della presente, dichiaro di aver preso visione dell'Informativa Privacy consultabile sul sito www.omceopo.org.

data _____

Firma _____

PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA

Identificato/a con documento di riconoscimento

n. rilasciato da

in data, e visto firmare

L'impiegato addetto

.....