

**RICHIESTA DI PARERE FAVOREVOLE
ALL'UTILIZZO DI DENOMINAZIONE PER PUBBLICITA' INFORMATIVA PERSONALE**

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

Cognome			
Nome			
Luogo di nascita		Provincia	
Data nascita		Codice Fiscale	

Il/La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dall'art. 76 di tale DPR, sotto la propria personale responsabilità:

CHIEDE:

ai sensi dell'art. 1 comma 4 della Legge 05/02/1992 n. 175 di poter far menzione della seguente disciplina negli strumenti di pubblicità informativa personale (carta intestata, timbro, targa, biglietti da visita, ecc.):

Allega attestato rilasciato dal responsabile sanitario della struttura o istituzione sanitaria pubblica o privata, nel quale è dichiarata l'attività svolta e la sua durata per un periodo almeno pari alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione.

Dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 e di manifestare consenso, con la sottoscrizione della presente, al trattamento dei dati personali

Data _____ Firma _____

La presente domanda con contestuale autocertificazione deve essere firmata in presenza del dipendente dell'Ordine addetto a riceverla, ovvero, se recapitata per posta o per PEC, deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Spazio riservato all'Ufficio

Identificato con documento di riconoscimento _____
n. _____ rilasciato da _____
in data _____ con scadenza _____ e
visto firmare.

L'impiegato addetto _____