



**Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri**
della Provincia di Foggia

Via V. Acquaviva, 48 – 71121 FOGGIA
Tel. 0881- 743481-2 – Fax 0881743932
E-mail: omceofg@omceofg.it
Sito internet: www.omceofg.it

MODULO DI CONSENSO

Informativa ex art. 13 D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003

Egr. Dott./Gent. Dott.ssa,
in conformità al Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modifiche, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Foggia, con sede in Foggia alla via V. Acquaviva n. 48, in qualità di "titolare" del trattamento, è tenuto a fornire ai soggetti interessati, ai sensi dell'art. 13, le seguenti informazioni riguardanti l'utilizzo dei relativi dati personali.

Il Codice mira a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché nella dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. La legge si propone di tutelare i dati dell'interessato dalla divulgazione a terzi soggetti senza il preventivo consenso dell'interessato, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003, ad esclusione delle ipotesi legislativamente previste dal successivo art. 24. Pertanto, il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato.

1. I dati personali e sensibili che Lei riguardano e da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ai quali questo Ordine è tenuto. In particolare, i dati definiti "sensibili" saranno oggetto di trattamento, solo con il consenso scritto dell'interessato e nel rispetto dell'autorizzazione generale rilasciata dal Garante per la protezione dei dati personali.
2. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:
 - aggiornamento del Suo fascicolo personale;
 - aggiornamento Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;
 - comunicazioni relative alle attività culturali organizzate da quest'Ordine e dalle Associazioni di categoria.
3. L'Ordine intende informarLa che:
 - il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti informatici, telematici e cartacei, l'accesso ed il trattamento dei dati sono consentiti al personale autorizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Foggia, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali;
 - l'interessato gode del diritto di accesso ai propri dati personali. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti, nei confronti di quest'Ordine, così come indicato all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, tra i quali in particolare il diritto di ottenere:
 - la conferma dell'esistenza, presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Foggia dei propri dati personali e la comunicazione, in forma intelligibile, dei medesimi dati;
 - la cancellazione o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;

- l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati.
4. Il Titolare del trattamento è l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Foggia, con sede in Foggia alla via V. Acquaviva n. 48.
 5. Evidenziamo che il conferimento dei Suoi dati per le finalità sopra indicate risulta indispensabile ai fini dell'espletamento dei compiti di quest'Ordine, infatti in assenza del Suo consenso non sarà possibile procedere ai trattamenti relativi.

**Alla luce di quanto sopra Le chiediamo di compilare il modello sotto indicato.
Il personale di quest'Ordine è a disposizione per ulteriori chiarimenti.**

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____,
nato/a a _____ il _____
residente a _____
in Via _____ Cap _____

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 e preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003

- Autorizzo**
- Non autorizzo**

l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Foggia, al trattamento dei miei dati per le finalità e con le modalità descritte nell'informativa.

Tel. Studio _____ tel. Abitazione _____
Cell. N. _____ E-mail _____
Codice Fiscale _____

_____, lì _____

Firma _____