

MODIFICA DATI ANAGRAFICI

COGNOME _____
 NOME _____
 DATA DI NASCITA _____
 COMUNE DI NASCITA _____
 PROVINCIA DI NASCITA _____
 STATO DI NASCITA (solo se estero) _____
 CODICE FISCALE _____
 CITTADINANZA _____
 (per i cittadini extra-UE data scadenza permesso di soggiorno): _____

MODIFICA DATO RESIDENZA:

la residenza deve essere conforme con i dati fiscali in possesso del Ministero delle Finanze

Via _____ n. _____
 Frazione /località _____ Comune _____
 CAP _____ Provincia _____

DOMICILIO PROFESSIONALE:

Via _____ n. _____
 Frazione /Località _____
 Comune _____ CAP _____ Provincia _____

DOMICILIO O ALTRO INDIRIZZO

VIA _____ n. _____
 Frazione /Località _____ Comune _____
 CAP _____ Provincia _____

SOTTOLINEARE L'INDIRIZZO DA UTILIZZARE QUALE RECAPITO POSTALE**AGGIORNAMENTO DATI CONTATTI:**

telefono personale

telefono professionale

cellulare

fax

e-mail personale

e-mail professionale

sito web

indicare con [X] l'indirizzo di posta elettronica per l'invio di comunicazioni da parte dell'Ordine

E-MAIL - SCRIVERE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO

MODIFICA DATI LAUREA
laurea medicina e chirurgia odontoiatria
Università (Italiana) _____
Università (Estera) _____ (Nazione) _____
voto _____ lode s/n _____ data _____ Anno immatricolazione _____

MODIFICA DATI ABILITAZIONE
abilitazione medicina e chirurgia odontoiatria
Università (Italiana) _____ Università (Estera) _____
(Nazione) _____ ANNO Accademico _____ sessione 1^ - 2^

MODIFICA DATI SPECIALIZZAZIONE/MASTER/LIBERA DOCENZA

SPECIALITA'
specialità _____
Università (Italiana) _____
Università (Estera) _____ (Nazione) _____
voto ____ su _____ Lode S/N data _____

specialità _____
Università (Italiana) _____
Università (Estera) _____ (Nazione) _____
voto ____ su _____ Lode S/N data _____

LIBERA DOCENZA
Disciplina _____
Ministero _____
voto ____ su _____ Lode S/N data _____

MASTER
Titolo _____
Università (Italiana) _____
Università (Estera) _____ (Nazione) _____
voto ____ su _____ Lode S/N data _____

DOCENZA A CONTRATTO *(in corso alla data di compilazione del presente documento)*
Disciplina _____
Università _____
dal _____ al _____

(il periodo della docenza a contratto è da rinnovare periodicamente in caso contrario alla data di scadenza il dato sarà cancellato automaticamente)

DATI PROFESSIONALI / ECM / ESENZIONI ECM
(DA AGGIORNARE PERIODICAMENTE A CURA DELL'ISCRITTO)

Il sanitario **DEVE** indicare se esercita o meno la professione sanitaria.

Il dato da riportare è riferito alla data di compilazione del presente modulo.

[] **N** - quando l'iscritto non esercita la professione

[] **S** - quando l'iscritto esercita la professione

TIPO ATTIVITA' _____

Di seguito si riportano le descrizioni di riferimento

- | | |
|--|---|
| 01 LIBERO PROFESSIONISTA | 08 UNIVERSITARIO |
| 02 SPECIALISTA LIBERO PROFESSIONISTA | 09 DIPENDENTE ENTE PUBBLICO |
| 03 GENERALE CONVENZIONATO SSN | 10 DIPENDENTE STRUTTURA PRIVATA |
| 04 PEDIATRA CONVENZIONATO SSN | 11 Descrizione soppressa |
| 05 SPECIALISTA CONVENZIONATO ESTERNO SSN | 12 DIRETTORE TECNICO |
| 06 SPECIALISTA ESERCITANTE SSN | 13 DIRETTORE SANITARIO |
| 07 OSPEDALIERO | 14 MEDICO PENSIONATO |
| | 15 CONTINUITA' ASSISTENZIALE-GUARDIA MEDICA |

SE CONVENZIONATO INDICARE:

- LA REGIONE _____

- DATA INIZIO RAPPORTO DI CONVENZIONE _____

COMUNICAZIONE DATI ECM

Disciplina esercitata _____

ESENZIONI ECM

data inizio _____ **data fine** _____

TIPO ESENZIONE _____

di seguito si riporta l'elenco delle esenzioni previste:

01	formazione post-base riconosciuta all'estero
02	stato di gravidanza
03	congedo parentale
04	adempimenti del servizio militare
05	dottorato di ricerca
06	corso di specializzazione
07	Master corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999 n.509 pubblicato nella G.U. n.2 del 4 gennaio 2000
08	corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli
09	formazione complementare
10	corsi di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) "Piano di interventi contro l'AIDS" di cui alla Legge 5 giugno 1990, n. 135, pubblicata nella G.U. n. 132 dell'8 giugno 1990 per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza)
11	Regime esenzione speciale

Data _____

Firma _____

Si raccomanda all'iscritto di fornire il consenso alla privacy. La mancata autorizzazione al trattamento e trasmissione dei dati impedisce a quest'Ordine, e agli altri Enti coinvolti nel progetto, il trattamento degli stessi.

CONSENSO PRIVACY

Informativa ai sensi art. 13 D. Lsg. 196/2003.

In conformità al disposto dell' art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 13.06.2003 si forniscono le seguenti informazioni:

- i dati forniti saranno trattati, nel rispetto delle idonee misure di sicurezza, per l'invio di comunicazioni inerenti alle attività istituzionali di quest'Ordine, ivi compresa la newsletter;
- il trattamento sarà effettuato sia manualmente sia con mezzi informatici e telematici;
- i dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione ad eccezione: dipendenti e collaboratori, istituti di credito, studi professionali, legali e commerciali, società di elaborazione dati, Enti pubblici e Enti previdenziali;

Titolare del trattamento: Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della **Spezia**
Responsabile: Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della **Spezia**

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell' art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

Manifestazione del consenso, ai sensi dell' art. 23 Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003.

Il sottoscritto _____

a seguito di presa visione delle informazioni di cui all' art. 13, acconsente al trattamento dei dati descritti, anche in particolare di quelli sensibili, sin qui raccolti e che verranno raccolti nel proseguo delle attività istituzionali dell'Ordine.
Acconsento alla comunicazione dei dati ed il relativo trattamento per gli adempimenti e le finalità sopra descritte.

Data _____

Firma _____

N.B. – Allegare fotocopia documento di identità in corso di validità.