

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DICHIARA (a)

- di avere il pieno possesso dei diritti civili
- di non avere precedenti penali di avere i seguenti precedenti penali:

- di non essere mai stato iscritto ad alcun Ordine dei Medici Veterinari
- di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari di _____
al numero _____ dal _____ al _____ e che **intende esercitare la professione nella Provincia di iscrizione;**
- di non trovarsi in posizione di incompatibilità con l'iscrizione all'Albo per la sussistenza di pubblico impiego, in quanto:
- non è impiegato/a nella pubblica amministrazione;
- è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione:

è inquadrato nella qualifica funzionale e riveste il profilo professionale seguenti:

con rapporto di lavoro: a tempo pieno a tempo parziale o definito

- e come tale, in base all'ordinamento a lui/lei applicabile, non gli/le è vietato l'esercizio della libera professione;
- e come tale, in base all'ordinamento a lui/lei applicabile, è tenuto/a all'iscrizione all'Albo professionale;

E FA DOMANDA

di essere iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine.

- (f) a tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine.

(luogo e data)

(firma) (g)

(a) cancellare le voci che non interessano

(b) per i nati in Italia indicare il Comune di nascita e, tra parentesi, la Provincia. Per i nati all'estero indicare lo Stato estero in cui si è nati.

(c) indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato/a è iscritto/a, con relativo indirizzo.

(d) indicare "italiano/a" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini.

(e) indicare luogo e data di conseguimento dell'abilitazione.

(f) da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.

(g) SE LA DOMANDA CONTIENE ANCHE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA', LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE.

ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI PADOVA
Via Luigi Cadorna, 23 – 35123 PADOVA – Tel.345 7600718
e-mail veterinaripadova@ordinevetpd.it - indirizzo PEC: ordinevet.pd@pec.fnovi.it
Codice Fiscale 80005280286

OGGETTO: Informativa Consenso ai sensi art. 13 D.Lgs 196/03

Preg.mo Dott./Dr.ssa

La presente per informarla che presso il nostro **Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Padova** viene effettuato il trattamento dei Suoi dati personali nel pieno rispetto del Decreto Legislativo 196/03.

I dati sono inseriti nelle banche dati del Nostro **Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Padova** in seguito all'acquisizione del Vostro consenso salvi i casi di cui all'art. 24 D. Lgs. 196/03.

In base a tale normativa il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e di tutela della Sua Riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 La informiamo che:

1. I dati sono raccolti al fine dell'attuazione di obblighi di legge, obblighi contrattuali, adempimenti contabili, bancari, previdenziali ed assistenziali sindacali.
2. Il trattamento avviene con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
3. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria.
4. In caso di rifiuto di conferire i dati le conseguenze saranno di non poter ottemperare agli adempimenti di cui al punto 1.
5. I Suoi dati sono stati acquisiti dall'area amministrativa su Vostra documentazione e verranno comunicati a nostri consulenti esterni in quanto trattasi di soggetti responsabili ed incaricati del trattamento e non diffusi, per l'attuazione delle finalità sopra indicate. Inoltre, all'interno dell'Ordine potranno essere comunicati al personale degli uffici delle aree Amministrazione e Presidenza in quanto trattasi di soggetti responsabili ed incaricati del trattamento.
6. Al titolare ed al responsabile del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/03 riportato integralmente;
 - a) L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
 - b) L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 1. dell'origine dei dati personali;
 2. delle finalità e modalità del trattamento;
 3. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 4. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
 - a) L'interessato ha diritto di ottenere:
 1. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 2. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 3. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale

adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

b) L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

1. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 2. al trattamento di dati personali che lo riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.
7. Il Titolare del trattamento è lo scrivente **Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Padova**.
8. Il rappresentante nel territorio dello Stato ai sensi art. 5 D.Lgs. 196/03 è il Presidente Protempore **Dr.ssa Ambra Bacchin**
9. Il Responsabile del trattamento anche ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 196/03 è il Presidente Protempore **Dr.ssa Ambra Bacchin**

Consenso

Il Dr./Dr.ssa _____
nato/a a _____ il _____,
residente a _____ CAP _____,
in via _____, n. _____

acquisite le informazioni di cui all'Art. 13 del D. Lgs. 196/03, **acconsente** al trattamento dei propri dati personali nei limiti indicati nell'informativa che dichiara di avere ricevuto e letto.

Luogo e data, _____

Firma leggibile
