

RICHIESTA DI CERTIFICATO DI GOODSTANDING

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal D.Lgs. 196/2003. Ai sensi dell'art. 7 e 8 del D.Lgs. 196/2003 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi a Ordine dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Udine.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

CHIEDE

Il rilascio del Certificato di Onorabilità Professionale (Good Standing).

Il/La sottoscritto/a assumendomene ogni responsabilità per dichiarazioni false o mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 76 del DPR n. 445/2000, dichiara:

- di NON avere subito condanne penali;
- di non avere procedimenti penali in corso;
- di avere subito sanzioni disciplinari
- di NON aver subito sanzioni disciplinari.

Luogo _____ data _____

Firma _____