

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI MEDICI  
ESPERTI NELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI**

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

Il/La sottoscritto dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

con studio professionale sito in \_\_\_\_\_

*(indicare indirizzo completo)*

numeri di telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

indicare quale indirizzo si desidera venga utilizzato per l'invio della corrispondenza e quale deve essere inserito negli elenchi utilizzati ai sensi della informativa allegata:

corrispondenza \_\_\_\_\_

elenco \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nell'elenco dei medici esperti nelle medicine non convenzionali, tenuto da questo Ordine, relativo a:

- AGOPUNTURA
- FITOMEDICINA
- OMEOPATIA E OMOTOSSICOLOGIA

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi e agli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000:

di essersi laureato in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

*(medicina e chirurgia o odontoiatria)*

presso l'Università di \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'albo dei medici chirurghi dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'albo degli odontoiatri dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_

di aver conseguito il diploma nella disciplina di

*(o agopuntura o fitomedicina o omeopatia e omotossicologia)*

indirizzo didattico della scuola *(indicare solo per l'Agopuntura)*:

\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ presso la scuola \_\_\_\_\_

---

sita in \_\_\_\_\_  
(indicare l'indirizzo completo della scuola)

---

durata del corso \_\_\_\_\_  
(indicare il numero degli anni)

numero complessivo ore lezioni teoriche \_\_\_\_\_ (*indicazione obbligatoria*)

numero complessivo ore lezioni pratiche \_\_\_\_\_ (*indicazione obbligatoria*)

test di verifica per il passaggio agli anni successivi al primo

esame finale per il conseguimento del diploma

discussione tesi

Il/La sottoscritto/a, infine, ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196, presta il proprio consenso al trattamento da parte dell'Ente dei dati personali forniti col presente modulo e i suoi allegati, nei limiti e per gli scopi dichiarati dall'Ente stesso. Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art.13 della suddetta normativa, sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati, e sui diritti di cui all'art.7 della medesima Legge.

Sassari, li \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**N.B. Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere**

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ

(MOD. B) professione

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIO

(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a dott/dott.ssa \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_

numeri di telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_  
*(medici chirurghi o odontoiatri)*

consapevole delle responsabilità e pene stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

di aver esercitato l'attività nella disciplina di \_\_\_\_\_  
per un congruo numero di pazienti:

presso la struttura sanitaria pubblica \_\_\_\_\_  
ubicata in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

presso la struttura autorizzata, di cui all'art. 43 della Legge 23.12.78 n. 833, \_\_\_\_\_  
ubicata in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

( ) di aver esercitato in  modo prevalente  non prevalente la libera professione  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso il proprio studio sito in \_\_\_\_\_

*(indirizzo del proprio studio)*

o presso lo studio del dott. \_\_\_\_\_  
*(compilare se necessario)*  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ indirizzo completo dello studio

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**N.B. Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere**

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ

(MOD. C) eventuali altri titoli accademici

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_  
*(medici chirurghi o odontoiatri)*

consapevole delle responsabilità e pene stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

---

---

---

---

---

---

---

---

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**N.B. Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere**

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a dott/dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_  
ai sensi e agli effetti dell'art. 19 D.P.R. 445/2000

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, che le allegate fotocopie dei certificati o attestati di seguito elencati, sono conformi agli originali in proprio possesso:

*(numerare le fotocopie ed elencare secondo l'ordine di seguito)*

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_
- 9) \_\_\_\_\_
- 10) \_\_\_\_\_
- 11) \_\_\_\_\_
- 12) \_\_\_\_\_
- 13) \_\_\_\_\_
- 14) \_\_\_\_\_
- 15) \_\_\_\_\_
- 16) \_\_\_\_\_
- 17) \_\_\_\_\_
- 18) \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**N.B. Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere**

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ

(MOD. E)

## ELENCO DOCUMENTI ALLEGATI ALL'ISTANZA

Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al titolo di studio \_\_\_\_\_ (MOD. A)

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa alla data dalla quale esercita l'attività di \_\_\_\_\_ (MOD. B)  
*(o agopuntura o fitomedicina o omeopatia e omotossicologia)*

Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa a \_\_\_\_\_ (MOD. C)

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa all'autenticazione delle copie conformi all'originale \_\_\_\_\_ (MOD. D)

I seguenti eventuali ulteriori atti o dichiarazioni di rilievo riguardanti l'attività svolta:

a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma)

totale allegati n. \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA

Ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni di legge in tema di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri La informa di quanto segue:

- i dati da lei forniti con la presente documentazione saranno utilizzati dall'Ente al fine di istruire la sua pratica di richiesta inserimento nell'Elenco delle MNC;
- il conferimento dei dati relativi ai titoli accademici e al curriculum professionale atti a consentire l'istruttoria della pratica è facoltativo, ma il rifiuto di fornire dati relativi a titoli determinanti per la valutazione dell'inserimento negli elenchi degli esperti nelle M.N.C., può determinare l'impossibilità di dar corso alla pratica;
- i dati da Lei forniti col presente modulo saranno registrati, conservati, ed elaborati con l'ausilio di apposita procedura informatizzata;
- i dati così forniti, limitatamente al nome, cognome, data di nascita, disciplina, iscrizione albo, indirizzo indicato nel modulo, saranno raccolti in un Elenco che potrà essere visionato dagli utenti dietro presentazione di una richiesta scritta contenente l'indicazione della motivazione;
- i dati raccolti contenuti nell'Elenco di cui sopra, limitatamente al cognome, nome, data di nascita, disciplina, iscrizione albo, indirizzo riportato nel modulo, potranno essere forniti ad enti pubblici che li utilizzino per l'esercizio delle loro funzioni istituzionali;
- il titolare del trattamento è l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Sassari (via Cavour 71/b)
- il responsabile del trattamento è il funzionario capo degli uffici

in relazione al trattamento dei dati che Ella conferirà corre l'obbligo di informarla che Lei gode dei diritti di cui all'art.7 del D.Lgs. 30/06/2003 n°196 (Codice della Privacy)

### Art. 13 (Informativa)

1. L'interessato o la persona presso la quale sono raccolti i dati personali sono previamente informati oralmente o per iscritto circa:

- a) le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati;
- b) la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati;
- c) le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere;
- d) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, e l'ambito di diffusione dei dati medesimi;
- e) i diritti di cui all'articolo 7;
- f) gli estremi identificativi del titolare e, se designati, del rappresentante nel territorio dello Stato ai sensi dell'articolo 5 e del responsabile. Quando il titolare ha designato più responsabili è indicato almeno uno di essi, indicando il sito della rete di comunicazione o le modalità attraverso le quali è conoscibile in modo agevole l'elenco aggiornato dei responsabili. Quando è stato designato un responsabile per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'articolo 7, è indicato tale responsabile.

2. L'informativa di cui al comma 1 contiene anche gli elementi previsti da specifiche disposizioni del presente codice e può non comprendere gli elementi già noti alla persona che fornisce i dati o la cui conoscenza può ostacolare in concreto l'espletamento, da parte di un soggetto pubblico, di funzioni ispettive o di controllo svolte per finalità di difesa o sicurezza dello Stato oppure di prevenzione, accertamento o repressione di reati.

3. Il Garante può individuare con proprio provvedimento modalità semplificate per l'informativa fornita in particolare da servizi telefonici di assistenza e informazione al pubblico.

4. Se i dati personali non sono raccolti presso l'interessato, l'informativa di cui al comma 1, comprensiva delle categorie di dati trattati, è data al medesimo interessato all'atto della registrazione dei dati o, quando è prevista la loro comunicazione, non oltre la prima comunicazione.

5. La disposizione di cui al comma 4 non si applica quando:

- a) i dati sono trattati in base ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
- b) i dati sono trattati ai fini dello svolgimento delle investigazioni difensive di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 397, o, comunque, per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, sempre che i dati siano trattati esclusivamente per tali finalità e per il periodo strettamente necessario al loro perseguimento;
- c) l'informativa all'interessato comporta un impiego di mezzi che il Garante, prescrivendo eventuali misure appropriate, dichiara manifestamente sproporzionati rispetto al diritto tutelato, ovvero si riveli, a giudizio del Garante, impossibile.