



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI NUORO

(ente di diritto pubblico DLCPS 13.09.1946 n.233) Via Gramsci,59 - casella postale n.155 Nuoro Centro - 08100 Nuoro

e-mail segreteria.nu@pec.omceo.it
www.ordinemedicinuoro.it
Tel. 0784 - 30510 – Fax 208668
C.F. 80001990912 - CCP 10973089

AGGIORNAMENTO BANCA DATI

Allo scopo di ottimizzare i processi di informatizzazione e di offrire all'utenza un servizio di comunicazione sempre più immediato e puntuale, l'Ordine intende procedere all'aggiornamento dei propri archivi anagrafici e pertanto richiede la massima collaborazione da parte di tutti gli iscritti. Tale collaborazione si concretizza nella compilazione di una scheda nella quale medici ed odontoiatri dovranno indicare i loro recapiti telefonici, gli indirizzi di posta elettronica (compresa la PEC) e il tipo di professione svolta. La scheda anagrafica, debitamente compilata e sottoscritta, dovrà essere restituita all'Ordine di Nuoro nei seguenti modi: consegnata a mano presso la segreteria dell'Ordine;

per posta all'indirizzo dell'Ordine Via Gramsci,59 – 08100 Nuoro;

per fax al n. 0784 208668;

per posta elettronica all'indirizzo: segreteria@ordinemedicinuoro.it;

Si richiama l'attenzione sulla Posta Elettronica Certificata (PEC) sottolineando che l'attivazione di una casella PEC è, per i professionisti, non una facoltà ma un preciso obbligo di legge. L'Ordine ricorda di aver messo a disposizione di tutti gli iscritti una casella PEC gratuita attraverso la stipula di una convenzione che recentemente è stata rinnovata per ulteriori tre anni. Coloro che non avessero ritirato i codici per attivare la PEC devono farlo al più presto rivolgendosi alla segreteria dell'Ordine.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
COMUNICAZIONI VARIE**

(Artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

COMPILARE IN STAMPATELLO

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della
Provincia di Nuoro

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale

iscritto/a Albo Medici Chirurghi e/o Albo Odontoiatri con numero d'ordine _____

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, art. 47 consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

comunica i seguenti dati personali

tel. abitazione _____ tel. studio _____ cell. _____

e-mail _____ PEC _____

(BARRARE I TIPI DI ATTIVITÀ SVOLTE TRA QUELLE DI SEGUITO RIPORTATE)

- | | | |
|---|--|---|
| 1 LIBERO PROFESSIONISTA | 10 DIPENDENTE STRUTTURA PRIVATA | 19 PROFESSORE A CONTRATTO PER L'ANNO ACCADEMICO |
| 2 SPECIALISTA LIBERO PROFESSIONISTA | 11 Descrizione soppressa | 20 LIBERO DOCENTE |
| 3 MEDICO DI MEDICINA GENERALE CONV. SSN | 12 DIRETTORE TECNICO | 21 RICERCATORE |
| 4 PEDIATRA CONVENZIONATO SSN | 13 DIRETTORE SANITARIO | 22 ASSISTENTE DI RUOLO AD ESAURIMENTO |
| 5 SPECIALISTA CONVENZIONATO ESTERNO SSN | 14 MEDICO PENSIONATO dal ___ / ___ / _____ | 23 PROFESSORE INCARICATO STABILIZZATO |
| 6 SPECIALISTA ESERCITANTE SSN | 15 MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE | 24 PROFESSORE STRAORDINARIO II FASCIA |
| 7 OSPEDALIERO | 16 PROFESSORE ORDINARIO | 25 RICERCATORE NON CONFERMATO |
| 8 UNIVERSITARIO | 17 PROFESSORE STRAORDINARIO I FASCIA | 26 DIRETTORE GENERALE |
| 9 DIPENDENTE ENTE PUBBLICO | 18 PROFESSORE ASSOCIATO | 27 CTU |

Branca specialistica esercitata _____

(COMPILARE SOLO SE DIPENDENTE O CONVENZIONATO ANCORA IN ATTIVITÀ)

<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> convenzionato con il SSN presso
<input type="checkbox"/> ASL n. _____ di _____	<input type="checkbox"/> AOU di _____
Regione _____	data inizio rapporto _____
OPPURE	
dipendente del seguente Ente _____	data inizio rapporto _____

In caso di variazioni dei dati su indicati, il/la sottoscritto/a, si impegna a darne tempestiva comunicazione all'Ordine.

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003, a trattare i dati personali forniti, nel rispetto delle idonee misure di sicurezza, esclusivamente per attività istituzionali, precisando che il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente che con mezzi informatici e telematici.

Luogo e data _____

Firma _____

Titolare del trattamento dati: Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Nuoro

Responsabile del trattamento dati: Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Nuoro

N.B. Alla dichiarazione presentata, da persona diversa dal richiedente o tramite posta, fax e posta elettronica deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.