

INFORMATIVA ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

Il vigente Regolamento UE 2016/679 (di seguito Regolamento) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, contiene disposizioni dirette a garantire il trattamento dei dati personali rispettoso dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone fisiche.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 e 14 del Regolamento, nonché in conformità alla normativa italiana di armonizzazione e ai provvedimenti adottati dall'Autorità Garante per la protezione dei dati, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (di seguito FNOMCeO), quale Titolare del trattamento, Le fornisce, qui di seguito, l'informativa sulla modalità di raccolta ed utilizzo dei suoi dati personali.

1. FONTE DEI DATI

I suoi dati saranno acquisiti direttamente presso di Lei mediante la compilazione di apposita modulistica

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati personali, generali e dove richiesti "particolari", sono raccolti e trattati da FNOMCeO (con sede in via Ferdinando di Savoia, 1 – 00196 ROMA) per dare attuazione ed esecuzione al Protocollo d'Intesa FNOMCeO- Ente Nazionale per il Microcredito (di seguito ENM-sede legale in via Vittoria Colonna, 1-ROMA). I suoi dati saranno raccolti per consentire a FNOMCeO di gestire la sua richiesta di concessione di finanziamento di microcredito; saranno trattati, altresì, per procedere ad una validazione della prima istruttoria inerente la sua pratica. A seguito di tale validazione, l'ENM si farà carico della prosecuzione dell'iter di approvazione.

La raccolta dei suddetti dati è indispensabile per l'esecuzione della richiesta di finanziamento e per adempiere agli obblighi di legge e fiscali. Pertanto, una sua eventuale rinuncia al conferimento dei dati, renderebbe impossibile la gestione delle procedure organizzative, amministrative e fiscali del servizio da lei richiesto e la conseguente impossibilità di istruire la pratica per la concessione del finanziamento.

3. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI

Per le finalità sopra descritte, I suoi dati trattati sono: dati anagrafici, contatti, dati fiscali, iscrizione OMCeO e titolo specializzazione, e ogni ulteriore dato necessario alla gestione della pratica.

4. BASE GIURIDICA

La base giuridica che rende lecito il trattamento dei suoi dati è il suo consenso. In merito al consenso prestato, ha la facoltà di procedere in ogni momento alla sua revoca, come indicato nel seguito. L'eventuale revoca del consenso non comporta pregiudizio sulla liceità del trattamento effettuato prima dell'avvenuta revoca.

5. PERIODO DI CONSERVAZIONE

I Suoi dati verranno conservati, in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa in materia, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati.

I suoi dati non verranno diffusi in paesi extra-Unione Europea

6. CONDIVISIONE DEI DATI

Il dati raccolti non saranno diffusi e non saranno inviati nè ceduti a soggetti terzi. Potranno essere comunicati solo qualora vi siano degli obblighi di legge.

7. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Per le finalità sopra descritte, i dati saranno trattati attraverso strumenti manuali, informatici e/o altrimenti automatizzati secondo logiche strettamente connesse alle finalità di trattamento e, comunque, in modo da garantirne la sicurezza, la riservatezza e i diritti dell'interessato secondo principi di correttezza, liceità, trasparenza. I dati sono, altresì, trattati secondo il principio di proporzionalità in base al quale tutti i dati personali e le varie modalità del loro trattamento devono essere pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità perseguite. Sono inseriti nel nostro sistema informativo e vengono trattati da personale autorizzato.

9. DIRITTI ESERCITABILI DALL'INTERESSATO

In relazione al trattamento dei dati personali, ha la facoltà di esercitare i seguenti diritti previsti dal Regolamento:

- **Accesso:** l'interessato ha diritto di accedere, in ogni momento, ai dati che lo riguardano e di conoscere quali essi siano, come vengano utilizzati e ha il diritto di riceverne copia.
- **Revoca del consenso:** se l'interessato ha dato il consenso al trattamento dei propri dati personali, ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento.
- **Rettifica:** qualora l'interessato ritenga che i propri dati personali siano inesatti o incompleti, può richiedere che tali dati vengano modificati senza ingiustificato ritardo.
- **Cancellazione:** è possibile richiedere la cancellazione dei propri dati personali, nella misura consentita dalla legge.
- **Limitazione:** è possibile richiedere la limitazione del trattamento dei propri dati personali, nella misura consentita dalla legge
- **Portabilità dei dati:** l'interessato ha il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti ad un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti.
- **Opposizione:** l'interessato può opporsi in qualsiasi momento, per motivi legittimi, al trattamento

Le richieste di applicazione dei suoi diritti vanno indirizzate al Titolare del trattamento:

FNOMCeO-Via Ferdinando di Savoia, 1 cap 00196- ROMA

Inoltre ogni interessato ha sempre il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO E' FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI (FNOMCeO), sita in VIA FERDINANDO DI SAVOIA, 1 - 00196 ROMA

TEL. +39 06 36203200

PEC: segreteria@pec.fnomceo.it

MODULO DI PRE-ISTRUTTORIA

PER LA REALIZZAZIONE DI PROGRAMMI DI MICROCREDITO FINANZA AD IMPATTO SOCIALE E
LO SVILUPPO E LA DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELLA MICROFINANZA

**ALL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI**

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residenza _____

Domicilio _____

Codice fiscale _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

PEC _____

E-MAIL _____

Iscritto all'OMCeO di _____

Specializzazione in _____

Possesso di PARTITA IVA da non più di cinque anni

SI

NO

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di falsità e dichiarazioni mendaci,

CHIEDE

In qualità di :

Medico

Odontoiatra

Rappresentante legale di società STP _____

MODULO DI PRE-ISTRUTTORIA

MODULO B

TIPOLOGIE DEL PROGETTO/PROGRAMMA FINANZIABILE:

➤ **ACQUISTO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

Tipologia – Descrizione – Marca -Modello (Allegato)

- Nominativo Azienda Venditrice

- Preventivo (Allegato)

➤ **ACQUISTO AUTOVETTURA**

Preventivo (Allegato)

se attività prevalente di consulenza e domiciliare importo =

➤ **COSTI RELATIVI ALLA GESTIONE DELL'IMMOBILE DA DEDICARE ALL'AMBULATORIO PROFESSIONALE**

-Spese Di Caparra Importo =

- Spese Di Locazione (Prime Sei Mensilità) Importo =

- Ristrutturazione Importo previsto=

- Arredi Non Specialistici Importo previsto =

➤ **COSTI RELATIVI ALL'INFORMATIZZAZIONE E ALLA DIGITALIZZAZIONE DELL' AMBULATORIO**

- Acquisto computers importo =

- Acquisto software importo =

- Costi di formazione informatica importo =

➤ **COSTI RELATIVE AL PERSONALE DELL'AMBULATORIO**

-Neoassunzione del personale - prime 6 mensilità' di stipendio importo =

➤ **COSTI PREVISTI PER LE CONSULENZE PROFESSIONALI NECESSARIE ALL'APERTURA DELL'AMBULATORIO**

- Commercialista importo =

-Tecnici radiografici importo =

-Tecnici per i rapporti di autorizzazione con gli enti locali per le richieste delle autorizzazioni importo-

➤ **COSTI PREVISTI RELATIVI ALLA FORMAZIONE PROFESSIONALE**

-Corsi di formazione specialistica importo =

- Corsi ecm importo =

- Masters accademici importo =

- Corsi di educazione finanziaria importo =

IMPORTO PREVISTO TOTALE EURO



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

MODULO C

DICHIARAZIONE A CURA DELL'OMCEO

DOTT. _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Iscrizione Albo Provinciale dei Medici Chirurghi di _____ n. _____

Iscrizione Albo Provinciale degli Odontoiatri di _____ n. _____

Si dichiara che l'iscritto _____ è in regola con il pagamento dei contributi
dell'anno _____

FIRMA

PRESIDENTE OMCEO