

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Salerno

Via Settimio Mobilio, 17 - SALERNO

Telefono: 089.405080 - 089.795900 Fax: 089.798628

E-Mail: infoecm.ordsa@gmail.com



Lo STATUS Formativo Individuale

NOME	
COGNOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
COD.FISCALE	
ORDINE DI	
N. ISCR. ALBO	
E-MAIL Personale (NO PEC)	
TEL.	
NOTE E Richieste INFO PARTICOLARI	

(FIRMA LEGGIBILE)

DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DI CREDITI ECM PER AUTOFORMAZIONE (mod. AC)

Il/la sottoscritto/a _____
C.F. _____
nato/a a _____ il _____

CHIEDE

il riconoscimento dei crediti ECM per attività di autoformazione ai sensi del paragrafo 3.5 del *Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario* con la seguente attribuzione:

Obiettivo formativo: _____ 18 _____

Attività professionista: _____ D _____

Professione: _____ 3 _____

Disciplina: _____ FARMACISTA TERRITORIALE _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver svolto la seguente attività di autoformazione:

LETTURA DELLA NEWS LETTER FARMADAY EDITA DALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI E COORDINATA DAL PROF. V.SANTAGADA IN CUI SI TRATTANO ARGOMENTI INERENTI L'ATTIVITA' PROFESSIONALE DEL FARMACISTA

dal 7 gennaio 2019 al 20 dicembre 2019_ per ____30 ore totali

Allega alla presente (**ESCLUSIVAMENTE** in formato .pdf):

1. copia di un documento d'identità in corso di validità;

2. altro _____

Presta il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 – “GDPR”)

Data 29 novembre 2021

Firma

DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DI CREDITI ECM PER AUTOFORMAZIONE (mod. AC)

Il/la sottoscritto/a _____
C.F. _____
nato/a a _____ il _____

CHIEDE

il riconoscimento dei crediti ECM per attività di autoformazione ai sensi del paragrafo 3.5 del *Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario* con la seguente attribuzione:

Obiettivo formativo: _____ 18 _____

Attività professionista: _____ D _____

Professione: _____ 3 _____

Disciplina: _____ FARMACISTA TERRITORIALE _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver svolto la seguente attività di autoformazione:

LETTURA DELLA NEWS LETTER FARMADAY EDITA DALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI E COORDINATA DAL PROF. V.SANTAGADA IN CUI SI TRATTANO ARGOMENTI INERENTI L'ATTIVITA' PROFESSIONALE DEL FARMACISTA

dal 7 gennaio 2021 al 31 ottobre 2021_ per ____30 ore totali

Allega alla presente (**ESCLUSIVAMENTE** in formato .pdf):

1. copia di un documento d'identità in corso di validità;

2. altro _____

Presta il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 – "GDPR")

Data 29 novembre 2021

Firma

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Salerno

Via Settimio Mobilio, 17 - SALERNO

Telefono: 089.405080 - 089.795900 Fax: 089.798628

E-Mail: infoecm.ordsa@gmail.com



Informativa sul trattamento dei dati personali

La presente informativa sul trattamento dei dati personali è resa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito il **"Regolamento"** o **"GDPR"**), dall'Ordine dei Farmacisti della provincia di Salerno, con sede in Via Settimio Mobilio, 17 - 84127 Salerno (SA) (di seguito **"l'Ordine"** o **"il Titolare"**). In questa informativa Le illustreremo le finalità e le modalità con cui il Titolare raccoglie e tratta i suoi dati personali, quali categorie di dati sono oggetto di trattamento, quali sono i diritti degli interessati al trattamento e come questi possono essere esercitati. Il trattamento potrà avvenire con modalità informatiche e/o manuali/cartacee.

Categorie di dati personali

Il Titolare tratterà i suoi dati personali raccolti in occasione della Sua domanda d'iscrizione nonché gli ulteriori dati personali che saranno da Lei conferiti con la relativa modulistica, fornita dall'Ordine, per il perfezionamento dell'iscrizione (di seguito **"Dati"**). A titolo esemplificativo, il Titolare acquisirà le seguenti tipologie di dati personali: nome e cognome, luogo e data di nascita, indirizzo di residenza; copia del documento d'identità e del tesserino del codice fiscale; contatti, quali numero di telefono, indirizzo di posta elettronica e PEC; informazioni in merito al Suo titolo di studio (Farmacia/C.T.F.); il curriculum vitae se fornito o richiesto. Il Titolare acquisirà inoltre i dati ricompresi nell'autocertificazione resa ai sensi del DPR 445/2000 (godimento dei diritti civili, assenza di condanne rese con sentenza definitiva o decreti penali di condanna divenuti irrevocabili, dichiarazione di non appartenenza ad una Pubblica Amministrazione) ed ogni altro dato personale funzionale all'assolvimento delle informazioni dovute in base ai requisiti richiesti dalla legge per l'iscrizione all'Albo. I dati personali sopra indicati saranno trattati dall'Ordine esclusivamente per le finalità e nei limiti indicati al paragrafo successivo.

Finalità e base giuridica del trattamento:

- Per consentirle l'iscrizione e la permanenza nell'Albo del Titolare;
- per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri;
- Per l'adempimento di obblighi di legge

I suoi Dati saranno trattati dal Titolare per il perseguimento degli scopi istituzionali attribuiti all'Ordine dalla legge comprese le comunicazioni e le informazioni utili all'evoluzione professionale dei soggetti iscritti. Il conferimento dei Dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità di cui sopra, pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità per il Titolare di dar corso alla Sua iscrizione.

Categorie di destinatarie finalità della comunicazione

I suoi Dati contenuti nella domanda d'iscrizione saranno oggetto di comunicazione da parte del Titolare esclusivamente per il perseguimento delle finalità sopra specificate e per l'adempimento di obblighi di legge; i suoi Dati contenuti nell'Albo professionale potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni, autorità ed enti, pubblici e privati che ne facciano richiesta, come previsto dalle vigenti norme di legge e di regolamento; Nella gestione dei suoi Dati, inoltre, possono venire a conoscenza degli stessi i soggetti all'uopo autorizzati e i responsabili esterni individuati per iscritto ed ai quali sono state fornite specifiche istruzioni scritte circa il trattamento dei dati.

Periodo di conservazione

I Dati da Lei resi nella domanda d'iscrizione saranno conservati dal Titolare senza limiti di tempo.

Diritti degli interessati

La informiamo che, in conformità alla vigente disciplina, ha i seguenti diritti: chiedere e ottenere informazioni in merito all'esistenza di suoi Dati presso il Titolare e in merito ai trattamenti di dati personali posti in essere dal Titolare, nonché ottenere l'accesso agli stessi; chiedere ed ottenere la ricezione in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico dei suoi Dati che siano trattati con mezzi automatizzati; potrà richiedere, inoltre, il trasferimento dei dati ad altro titolare del trattamento; chiedere e ottenere la modifica e/o correzione dei suoi Dati; chiedere e ottenere la cancellazione – e/o la limitazione del trattamento - dei suoi Dati qualora si tratti di dati o informazioni non necessari – o non più necessari – per le finalità che precedono, quindi decorso il periodo di conservazione indicato al paragrafo che precede. Tali richieste potranno essere indirizzate all'Ordine dei Farmacisti della provincia di Salerno, con sede in Via Settimio Mobilio, 17 – 84127 Salerno (SA). L'Ordine ha nominato un responsabile per la protezione dei dati/DPO contattabile all'indirizzo di posta elettronica dpo@e-lex.it. La informiamo infine che ai sensi della disciplina vigente può proporre eventuali reclami riguardanti i trattamenti di suoi dati personali al Garante per la protezione dei dati personali.

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali

(FIRMA LEGGIBILE)