OMCeO Roma
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Ente pubblico non economico istituito ai sensi del D.Lgs.C.P.S 13 settembre 1946, n. 233

PROTOCOLLO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – *Art. 47 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000*

CARICHE ACCADEMICHE

MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

_l _ sottoscritt_ Dott._ .....nat_ a .....

il …….. iscritt_ all'Albo ..... Posiz. N.° ...……..

DICHIARA

che gli è stato conferito il seguente incarico:

☐ Incarico di **RUOLO**
- ☐ Professore ORDINARIO
- ☐ Professore ASSOCIATO
- ☐ RICERCATORE UNIVERSITARIO

➢ Università _____ Facoltà _____

➢ Settore Scientifico Disciplinare _____

➢ Contratto
- ☐ a Tempo Pieno
- ☐ a Tempo Definito

➢ Data Incarico _____

%%%%%%%%%%

☐ Incarico **NON** di **RUOLO**
- ☐ Professore AGGREGATO
- ☐ Professore A CONTRATTO
- ☐ Professore INCARICATO

➢ Università _____ Facoltà _____

➢ Corso _____ ***(1)*** Materia _____

➢ Data Inizio Contratto _____ Data Fine Contratto _____ A.A. _____

(1) *INDICARE IL CORSO CHE INTERESSA: DIPLOMA DI LAUREA; DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE; MASTER, CORSO DI PERFEZIONAMENTO, ECC..*

☐ **DICHIARA** DI AVER **PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI** di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul **TRATTAMENTO DEI DATI,** visionabile anche al seguente Link:
INFORMATIVA AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE

Data ..... Firma .....

[ ] **PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO**
La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:

Sig./Sig.ra _____
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata **RICEVUTA N.°** _____ del _____

RC/rc
upload_6780097e7e9a0.docx

OMCeO Roma
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Ente pubblico non economico istituito ai sensi del D.Lgs.C.P.S 13 settembre 1946, n. 233

segue CARICHE ACCADEMICHE

MODALITA' di TRASMISSIONE del MODULO

- a mezzo **PEC**, all'indirizzo: protocollo@pec.omceoroma.it *(allegando la FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)*
- a mezzo **E-MAIL**, all'indirizzo: info@ordinemediciroma.it *(allegando la FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)*
- per **POSTA,** all'indirizzo: Via G.B. De Rossi, 9 - 00161 ROMA *(allegando la FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)*
- a **MANO** in **SEDE**, accedendo preferibilmente PREVIO APPUNTAMENTO, da prendere Telefonicamente *(Tel: 064417121)* o sul Sito.