



*ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO*

*Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento  
Cod. Fisc. 80013290228*

**AFFIDAMENTO INCARICO**

**COGNOME E NOME:** CAI TOMMASO

**INDIRIZZO DI RESIDENZA COMPLETO:**

**CODICE FISCALE:**

**OGGETTO DELL'INCARICO:** COMITATO SCIENTIFICO – PROVIDER ECM OMceO TRENTO

**INCARICO AFFIDATO:** COORDINATORE E RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE

**SEDE FORMATIVA:** ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO – VIA V. ZAMBRA, 16 38121 TRENTO O QUALSIASI ALTRA SEDE NECESSARIA PER LO SVOLGIMENTO DELL'INCARICO

**TEMPI DI SVOLGIMENTO:** DA 12/02/2025 A 31/12/2028

**COMPENSO:** INCARICO SVOLTO IN FORMA GRATUITA

**RISPETTO DELLA PRIVACY**

Tutti i dati e le informazioni dei quali l'incaricato entrerà in possesso nello svolgimento del rapporto dovranno essere considerati riservati e dovranno essere utilizzati nel rispetto del regolamento UE 2016/679.

**RISPETTO DELLA PRIVACY**

Tutti i dati e le informazioni dei quali l'incaricato entrerà in possesso nello svolgimento del rapporto dovranno essere considerati riservati e dovranno essere utilizzati nel rispetto del regolamento UE 2016/679.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto il testo completo dell'informativa privacy disponibile al seguente link <https://www.ordinemedicitn.it/wp-content/uploads/2024/08/INFORMATIVA-FORNITORI-.pdf> e in particolare di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La S.V. rispetto al presente incarico dovrà **esprimere formale accettazione**.

Qualora Lei sia dipendente da altro Ente le rammentiamo di ottemperare direttamente ai vincoli e alle procedure previste dagli ordinamenti in vigore presso l'Ente di appartenenza in merito all'accettazione dell'incarico stesso.

Al termine dell'incarico, se previsto, dovrà presentare regolare nota di richiesta di rimborso spese secondo la modulistica allegata.

**PER ACCETTAZIONE INCARICO**

Data

*20/6/2025*