



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

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

**CONTRATTO DI AFFIDAMENTO INCARICO**  
**COMITATO SCIENTIFICO PROVIDER ECM OMCEO TRENTO**  
**(deliberazione n. CD 02 21 07 DEL 10 FEBBRAIO 2021)**

Trento, 02-03-2021

COGNOME E NOME PALLANTO GIUSEPPE  
INDIRIZZO DI RESIDENZA COMPLETO: [REDACTED]  
CODICE FISCALE [REDACTED]  
INIZIATIVA FORMATIVA OGGETTO DELL'INCARICO (come da nota di nomina trasmessa)

INCARICO AFFIDATO (docenza, tutoraggio, etc.) \_\_\_\_\_

SEDE FORMATIVA (luogo di svolgimento dell'incarico) \_\_\_\_\_

TEMPI DI SVOLGIMENTO (come da nota trasmessa) \_\_\_\_\_

COMPENSO: **INCARICO SVOLTO IN FORMA GRATUITA**

RIMBORSI PREVISTI Rimborso spese viaggio e indennità chilometrica (€ 0,44/km), vitto e alloggio

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/2018/09/Informativa-Privacy-integrale.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** e comunicare dichiarazione della propria posizione fiscale e professionale, necessaria per il rimborso delle spese.

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 dovrà presentare regolare nota di richiesta di rimborso spese secondo la modulistica allegata.



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

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

La S.V. rispetto al presente incarico dovrà **esprimere formale accettazione Resta inteso altresì che la S.V., qualora dipendente da altro Ente, dovrà acquisire la dovuta autorizzazione** ed ottemperare direttamente ai vincoli e alle procedure previste dagli ordinamenti in vigore presso l'Ente di appartenenza anche in caso di gratuità.

**PER ACCETTAZIONE INCARICO**

Data

02/03/2021

Firma