All'ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI
Via Pisacane, 21

ALESSANDRIA

Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

residente a _____ Via _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

PEC _____

dichiaro la disponibilità ad effettuare sostituzioni per

- ○ MEDICINA GENERALE
- ○ PEDIATRIA

e chiedo che il mio nominativo - con i relativi recapiti - venga inserito nell'elenco predisposto e pubblicato sul sito Internet dell'Ordine www.ordinemedici.al.it.

Dichiaro di svolgere attualmente le seguenti attività:

_____

_____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto, presa visione dell'informativa fornita dal titolare del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 2016/679, consapevole del fatto che la lista di sostituzione alla quale mi iscrivo potrà essere comunicata a Medici, Enti Pubblici o privati che ne facciano richiesta scritta per la finalità in oggetto, esprimo il consenso all'Ordine dei Medici a comunicare, oltre al nominativo, i seguenti dati personali:

Cellulare: ○ esprimo il consenso ○ NON esprimo il consenso
Email: ○ esprimo il consenso ○ NON esprimo il consenso

Data……. Firma…….

Allegato: copia documento di riconoscimento in corso di validità.