RICHIESTA INSERIMENTO ELENCO MEDICI DISPONIBILI
AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

Alla Segreteria dell'Ordine
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Sassari

Il/La sottoscritto/a _____
cognome *nome*

nato/a il _____ a _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi

chiede

di essere inserito nell'elenco dei medici disponibili ad effettuare sostituzioni di

☐ assistenza primaria **☐ pediatria di libera scelta**

e pertanto,

☐ autorizza codesto Ordine all'inserimento dei propri dati sul periodico "Sassari Medica" relativamente a quanto sotto indicato:
cognome _____ nome _____
via_____ n. _____
cap _____ città _____ anno di laurea _____
telefono_____ cellulare _____

☐ autorizza codesto Ordine all'inserimento dei propri dati in un elenco distribuito ai medici direttamente interessati e agli enti pubblici che ne facciano richiesta, limitatamente a quanto sotto indicato:
cognome _____ nome _____
via_____ n. _____
cap _____ città _____ anno di laurea _____
telefono_____ cellulare _____

Ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni di legge in tema di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri La informa di quanto segue:

- il conferimento dei dati è facoltativo;
- i dati da Lei forniti col presente modulo saranno registrati, conservati, ed elaborati con l'ausilio di apposita procedura informatizzata;
- in relazione al trattamento dei dati che Lei conferirà La informiamo che gode dei diritti di cui al D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003;
- il titolare del trattamento è l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari (via Cavour 71/b-Sassari) nella persona del suo legale rappresentante pro-tempore;
- il responsabile del trattamento è il funzionario capo degli Uffici.

Data _____ firma _____

La presente richiesta ha valore fino al 31/12/2017
Segnalare all'Ordine l'eventuale richiesta di cancellazione prima della scadenza fissata.