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

All'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 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 _____

Il/La sottoscritto/a _____, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR),** dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

Data _____ firma _____

La presente richiesta ha valore fino al 31/12/2023
Segnalare all'Ordine l'eventuale richiesta di cancellazione prima della scadenza fissata.