RICHIESTA INSERIMENTO ELENCO MEDICI DISPONIBILI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA PER L'EMERGENZA NUOVO CORONAVIRUS (COVID-19)

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 al n. _____ dal _____

chiede

di essere inserito nell'elenco dei Medici disponibili, da trasmettere al Ministero della Salute, per il conferimento dell'incarico di collaborazione coordinata e continuativa per l'emergenza nuovo coronavirus (covid-19)

e pertanto,

☐ autorizza codesto Ordine all'invio dei propri dati al Ministero della Salute, per il conferimento in oggetto, limitatamente a quanto sotto indicato:

cognome _____ nome _____

via_____ n. _____

cap _____ città _____ anno di laurea _____

telefono_____ cellulare _____

e-mail _____ PEC_____

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 _____