

**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 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 _____

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 31/12/2020

Segnalare all'Ordine l'eventuale richiesta di cancellazione prima della scadenza fissata.