

COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITÀ

Da trasmettere via e-mail all'indirizzo ordine@omceoss.org

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia di Sassari
Via Cavour 71b
07100 Sassari

Oggetto: Percorso Nazionale orientamento e potenziamento MI – FNOMCEO “BIOLOGIA CON CURVATURA BIOMEDICA”
OMCEeOSS - LICEO CLASSICO, MUSICALE E COREUTICO STATALE “D.A. Azuni” di Sassari
OMCEeOSS - LICEO CLASSICO STATALE “Antonio Gramsci” di Olbia
OMCEeOSS - LICEO SCIENTIFICO E LINGUISTICO “G. Marconi” di Sassari
Manifestazione di disponibilità a partecipare al Percorso laboratoriale in qualità di docente Medico e/o Odontoiatra

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____

Il _____ C. F. _____

residente a _____

Via _____ n. _____

Cap _____ tel. _____ Cell. _____

e-mail _____ PEC _____

Iscritto all'Albo dei MEDICI CHIRURGHI della provincia di Sassari al numero _____

dal _____

Iscritto all'Albo dei ODONTOIATRI della provincia di Sassari al numero _____

dal _____

Specialista in _____

COMUNICA

La propria disponibilità a partecipare a **titolo gratuito**, in qualità di docente Medico e/o Odontoiatra, al Percorso laboratoriale nell'ambito del Percorso Nazionale orientamento e potenziamento MI – FNOMCEO “BIOLOGIA CON CURVATURA BIOMEDICA” attivato da Codesto Ordine in collaborazione con:

- LICEO CLASSICO, MUSICALE E COREUTICO STATALE “D.A. Azuni” di Sassari
- LICEO CLASSICO STATALE “Antonio Gramsci” di Olbia
- LICEO SCIENTIFICO E LINGUISTICO “G. Marconi” di Sassari

DICHIARA che la propria materia di competenza è _____ e di essere disponibile a svolgere lezioni relative al nucleo fondante del percorso di seguito indicato:

1^ ANNO

- APPARATO TEGUMENTARIO
- APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO
- TESSUTO SANGUIGNO E IL SISTEMA LINFATICO
- APPARATO CARDIOVASCOLARE

2 ANNO

- APPARATO RESPIRATORIO
- APPARATO DIGERENTE
- SISTEMA ESCRETORE
- GENETICA MENDELIANA – IL SISTEMA IMMUNITARIO

3^ ANNO

- APPARATO RIPRODUTTORE
- SISTEMA ENDOCRINO
- SISTEMA NERVOSO
- ORGANI DI SENSO

di essere inserito nell'elenco dei Medici Chirurghi e/o Odontoiatri disponibili a partecipare al Progetto in oggetto.

autorizza l'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari all'inserimento dei propri dati in un elenco di MEDICI CHIRURGHI che verrà trasmesso all'Istituto scolastico convenzionato

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 _____