

**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 31/12/2024**

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