

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

All'Ordine Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri della provincia di Sassari
Via Cavour 71/b
07100 Sassari
Email ordine@omceoss.org
PEC: ordine.ss@pec.omceo.it

Il/La sottoscritto/a _____
cognome *nome*

nato/a il _____ a _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di Sassari al n. _____

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 2016/679 (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. ***Informativa Privacy GDPR 2016/679, PdfA***

Data _____

Firma _____

La presente richiesta ha valore fino al 31/12/2024

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