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 _____ 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 _____

Anno di laurea _____ Telefono_____

Cellulare _____ Email _____

PEC _____

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 31/12/2025
Segnalare all'Ordine l'eventuale richiesta di cancellazione prima della scadenza fissata.