



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI IMPERIA

Ente di Diritto Pubblico ai sensi del D.L.C.P.S. 13/09/1946 e s.m.i.

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENZA _____

CELLULARE _____ EMAIL _____

LAUREATO PRESSO L'UNIVERSITA' DI _____

IL _____ SPECIALIZZAZIONE _____

_____ FORMAZIONE IN MG _____

ALTRO _____

DISPONIBILE PER:

Sostituzioni Medicina Generale (SI) (NO)

Incarichi specialistici (SI) (NO)

Manifestazioni sportive (SI) (NO)

Medico in strutture turistiche (SI) (NO)

Altro: _____

Il sottoscritto autorizza l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Imperia al trattamento dei dati personali per le finalità previste dallo stesso ed a cedere le informazioni sopra riportate ai medici e alle organizzazioni/enti che ne faranno richiesta per eventuali incarichi ai sensi della legge n. 675/96 e successive integrazioni e modificazioni.

_____ il _____

in fede