



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI IMPERIA**

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENZA _____

CELLULARE _____ EMAIL _____

LAUREATO PRESSO L'UNIVERSITA' DI _____

IL _____ SPECIALIZZAZIONE _____

_____ FORMAZIONE IN MG _____

ALTRO _____

DISPONIBILE PER:

Sost. 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