

ELENCO MEDICI E ODONTOIATRI DISPONIBILI PER ATTIVITA' PROFESSIONALI

COGNOME.....NOME.....

INDIRIZZO: VIA.....TEL.....

ANNO DI LAUREA.....

SPECIALIZZAZIONE.....

ISCRITTO ALL'ALBO diN.....

ANNO ISCRIZIONE.....

- 1 sostituzioni di medicina generale e/o pediatri
- 2 guardia medica
- 3 altro.....

Consento l'utilizzo dei presenti dati per i fini informativi richiesti e ad eventuali fini statistici da parte dell'Ordine; essi potranno essere modificati e cancellati con effetto e decorrenza dalla ricezione della richiesta in qualsiasi momento dall'interessato (art. 10 L. 675/96). Sono stato inoltre reso edotto della possibilità che l'inserimento del mio nome in motori di ricerca Web possono rilevare le informazioni che compaiono sul Bollettino (nome-cognome-indirizzo-telefono)

Data.....

Firma.....

N.B.: il presente modulo ha validità per **6 mesi**, salvo rinnovo da parte dell'interessato.