

**RICHIESTA ELABORATI**

IL SOTTOSCRITTO .....

NATO A ..... IL .....

RESIDENTE A ..... TEL. ....

IN QUALITÀ DI .....

PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI.....

**CHIEDE**

(Barrare con una "X" l'elaborazione desiderata)

- Elenco completo iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi:      tabulato   etichette   mailinglist
- Elenco iscritti all'Albo degli Odontoiatri                              tabulato   etichette   mailinglist
- Elenco degli iscritti con le seguenti specializzazioni:              tabulato   etichette   mailinglist

.....

.....

- Elenco iscritti appartenenti alle seguenti categorie:                      tabulato   etichette   mailinglist

.....

.....

**MODALITA' DI CONSEGNA**

- A mano
- Per posta (contrassegno) al seguente indirizzo: .....
- Via mail\* .....

IL RICHIEDENTE, ASSUMENDOSENE LA TOTALE RESPONSABILITÀ, SI IMPEGNA A UTILIZZARE I DATI RICEVUTI ESCLUSIVAMENTE PER LE FINALITÀ INDICATE NELLA PRESENTE DOMANDA, OGNI ALTRA ESCLUSA; CONTESTUALMENTE DICHIARA D'UNIFORMARSI AI PRINCIPI ED ALLA NORMATIVA DI CUI AL REG.UE 2016/679.

Con la sottoscrizione della presente domanda il richiedente dichiara di manlevare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di SAVONA da qualsiasi indebito utilizzo dei dati ricevuti.

DATA

FIRMA