


Spett.le ORDINE dei MEDICI CHIRURGI e degli ODONTOIATRI della Provincia di SAVONA

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

Iscritto/a all'Albo Medici Chirurghi al N. _____
 Odontoiatri al N. _____

Nato/a a _____ il _____

COMUNICA

 di aver trasferito la propria abitazione in _____ CAP _____

Via _____

Tel. _____ Cell. _____

Fax _____ E-Mail _____

 di volere tutta la corrispondenza in _____ CAP _____

Via _____

di aver APERTO CHIUSO TRASFERITO

lo studio in _____ CAP _____

Via _____

Tel. _____ Fax _____

EVENTUALI SPECIALIZZAZIONI 1. _____

2. _____

3. _____

EVENTUALI DOCENZE 1. _____

2. _____

ATTIVITA'

OSPEDALIERA Ente _____

Qualifica _____

CONVENZIONE Medico di Medicina Generale
 Specialista Pediatra di Libera Scelta
 Specialista ambulatoriale c/o ASL _____

LIBERA PROFESSIONE _____

PENSIONATO ALTRO _____

Autorizzo l'utilizzo dei seguenti dati per comunicazioni istituzionali e segnalazioni urgenti in campo sanitario DICHIARO di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge sulla privacy (Reg.UE 2016/679) con il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (in accordo con i principi del Reg.UE 2016/679).

Data _____

Firma _____