

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
della PROVINCIA DI SAVONA**

Caro/a Collega,

al fine di arricchire il nostro database per rendere sempre più efficace e completo il servizio di comunicazione con i nostri iscritti tramite SMS o E-mail e solo per messaggi di stretta pertinenza ordinistica utili per la Tua attività professionale, Ti chiediamo di compilare il form sottostante

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

E-mail _____

Cellulare _____

Presto il consenso per il trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa

SI

NO

Presto il consenso al rilascio dai dati sopra indicati ad Aziende, altri Enti, o Colleghi che ne facciano richiesta per iniziative di carattere scientifico, pertinenti l'esercizio professionale.

SI (entrambi)

NO

(solo E-mail - solo cellulare)

Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e successive modificazioni, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di informazioni ordinarie per la professione.

DATA

FIRMA