

MODULO DISPONIBILITA' SOSTITUZIONI

All'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri di
Cosenza
Corso D'Italia, 44
87100 Cosenza

Il sottoscritto(cognome e nome):

specialista in

residente:

tel. e cell.

e.mail

Iscritto all'Ordine dei medici della provincia di

Comunica la propria disponibilità a effettuare sostituzioni di:

per il periodo (massimo 4 mesi rinnovabile con successiva richiesta)

dal

al

Il sottoscritto dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96e successive modifiche, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici e pubblicati sul sito INTERNET e/o sul bollettino dell'Ordine esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiara altresì di concedere il proprio consenso al trattamento degli stessi

Accetto Non Accetto

Data

Firma