

## MODULO DISPONIBILITA' PER SOSTITUZIONI

Il sottoscritto Dott.....

nato a.....il.....

residente a  
.....Via.....n.....

Tel.....

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di.....

### CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei medici disponibili per sostituzioni che può essere fornito, completo di generalità, indirizzo e numero di telefono ai colleghi che chiedono di essere sostituiti e di pubblicarlo sul periodico "Bollettino-Notiziario" dell'Ordine.

Dichiara la propria disponibilità ad effettuare sostituzioni di

medicina generale

pediatria

Per quanto sopra

SI ESONERA l'Ordine dagli obblighi del Decreto Legislativo n. 196 del 2003

SI AUTORIZZA l'Ordine alla diffusione, anche tramite il sito Internet, dei dati personali sopra indicati

SI DICHIARA di concedere il proprio consenso ai dati personali sopra indicati

ACCETTO

Data.....

Firma.....

**N.B. – allegare alla presente un fotocopia di un documento di identità**