

## All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di PESARO-URBINO

E.mail: [segreteria@omop.it](mailto:segreteria@omop.it)

Dott./Dott.ssa.....

nato/a.....il.....Tel.....

Indirizzo e-mail.....

Indirizzo PEC.....

Residente a .....(CAP.....)

Via.....n.....

### Qualifica:

- LIBERO PROFESSIONISTA
- SPECIALISTA LIBERO PROFESSIONISTA
- GENERALE CONVENZIONATO SSN Z.T. N. .... LOCALITA' .....
- PEDIATRA CONVENZIONATO SSN Z.T. N. .... LOCALITA' .....
- SPECIALISTA CONVENZIONATO ESTERNO SSN
- SPECIALISTA ESERCITANTE SSN
- OSPEDALIERO c/o .....
- UNIVERSITARIO
- DIPENDENTE ENTE PUBBLICO
- DIPENDENTE STRUTTURA PRIVATA
- DIRETTORE TECNICO
- DIRETTORE SANITARIO c/o .....
- MEDICO PENSIONATO
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE – GUARDIA MEDICA Z.T. N. .... LOCALITA' .....

Il sottoscritto autorizza ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, ad utilizzare i predetti dati, che saranno utilizzati nel rispetto delle idonee misure di sicurezza, per l'invio di comunicazioni inerenti alle attività istituzionali di questo Ordine.

I dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione ad eccezione: dipendenti e collaboratori, istituti di credito, studi professionali, legali e commerciali, società di elaborazione dati, enti pubblici e enti previdenziali.

Data..... Firma .....

Allegare fotocopia di documento di riconoscimento