

MODULO DI RACCOLTA/AGGIORNAMENTO ANAGRAFICA

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI
PESARO E URBINO

Mail: segreteria@omop.it

Pec: segreteria.pu@pec.omceo.it

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa

.....

nato/a..... prov (.....)

il..... iscritto all'albo della provincia di Pesaro Urbino:

dei Medici Chirurghi con numero

degli Odontoiatri con numero

Con 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'.....

**consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge n. 445 del 2000 in caso di
dichiarazioni mendaci e false attestazioni, dichiara**

che i propri recapiti sono

Tel/cell mail.....

Indirizzo PEC.....

Di essere attualmente residente a (CAP.....)

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

Di essere attualmente domiciliato a (CAP.....)

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

Altro

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i predetti dati saranno utilizzati per l'esercizio delle funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge e per l'invio di comunicazioni inerenti alle attività istituzionali dello stesso. Per ogni ulteriore informazione si rimanda all'informativa completa presente nel sito internet <https://www.omop.it/>.

Data..... Firma

Allegare fotocopia di documento di riconoscimento
