

Egr. Sig. PRESIDENTE dell' ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Via famiglia Palmieri, 6 MACERATA

DISPONIBILITA' PER ATTIVITA' PROFESSIONALI: sostituzioni Medici di Assistenza Primaria

COGNOME.....NOME.....

VIA.....CITTA'.....

TEL.....CELL.....

e.mail :.....

ANNO DI LAUREA.....

SPECIALISTA IN.....

.....

ISCRITTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI.....

AL N. ISCRIZIONE.....DAL

DISPONIBILE PER Sostituzione di medicina generale e/o pediatri nel periodo _____

Conoscenza lingue straniere _____

Uso computer _____

Consento l'utilizzo dei presenti dati per i fini informativi richiesti e ad eventuali fini statistici da parte dell'Ordine; essi potranno essere modificati e cancellati in qualsiasi momento dall'interessato (art.10 L.675/96).

Il sottoscritto infine autorizza, il Presidente dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Macerata, alla pubblicazione sul sito internet istituzionale dei suoi dati personali. (nominativo - mail - telefono)

Data _____

Firma _____

N.B. IL PRESENTE MODULO HA VALIDITA' PER 12 MESI, SALVO RINNOVO DA PARTE DELL'INTERESSATO.

La presente puo' essere consegnata: direttamente presso gli uffici dell'Ordine o spedita per posta o tramite fax 0733 266479 o mail segreteria@omceomacerata.it - o protocollo@omceomacerata.it