

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

Iscritto/a all'albo dei Medici Chirurghi di Prato al n° _____ dal _____

Recapito telefonico (cell.) _____

Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75)

CHIEDE

Di essere inserito/a nell'elenco dei Medici disponibili ad effettuare sostituzioni di:

Medicina Generale

Pediatria

di essere al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/1679 del 27/04/2016 come da informativa pubblicata sul sito web.

Luogo e data _____

Il dichiarante _____

Allegato:

-fotocopia documento identità