

**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino**

Spett.le  
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri  
della Provincia di Torino

Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa.....

Nato/a a..... il.....

Laureato/a a..... il.....

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di .....

Telefono..... Cellulare.....

Indirizzo E-mail.....

**MI RENDO DISPONIBILE PER LE SOSTITUZIONI DI**

MEDICINA GENERALE

PEDIATRIA

-----  
 Per Torino

Per Torino e Provincia

Data.....

Firma.....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Io sottoscritto, presa visione dell'informativa fornita dal titolare del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 2016/679, consapevole del fatto che la lista di sostituzione alla quale mi iscrivo potrà essere comunicata a Medici, Enti Pubblici o privati che ne facciano richiesta scritta per la finalità in oggetto, esprimo il consenso all'Ordine dei Medici a comunicare, oltre al nominativo i seguenti dati personali:

- |            |  |  |
|------------|--|--|
| cellulare: | <input type="radio"/> esprimo il consenso alla comunicazione | <input type="radio"/> NON esprimo il consenso alla comunicazione |
| telefono:  | <input type="radio"/> esprimo il consenso alla comunicazione | <input type="radio"/> NON esprimo il consenso alla comunicazione |
| e-mail:    | <input type="radio"/> esprimo il consenso alla comunicazione | <input type="radio"/> NON esprimo il consenso alla comunicazione |

Data.....

Firma.....

**Si prega di allegare copia di documento di riconoscimento.**