

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia
di **SAVONA**

RICHIESTA ELABORATI

IL SOTTOSCRITTO

NATO A IL

RESIDENTE A TEL.

IN QUALITÀ DI

PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI.....

CHIEDE

(Barrare con una "X" l'elaborazione desiderata)

- Elenco completo iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi: tabulato etichette mailinglist
- Elenco iscritti all'Albo degli Odontoiatri tabulato etichette mailinglist
- Elenco degli iscritti con le seguenti specializzazioni: tabulato etichette mailinglist

.....

.....

- Elenco iscritti appartenenti alle seguenti categorie: tabulato etichette mailinglist

.....

.....

MODALITA' DI CONSEGNA

- A mano
- Per posta (contrassegno) al seguente indirizzo:
- Via mail*

IL RICHIEDENTE, ASSUMENDOSENE LA TOTALE RESPONSABILITÀ, SI IMPEGNA A UTILIZZARE I DATI RICEVUTI ESCLUSIVAMENTE PER LE FINALITÀ INDICATE NELLA PRESENTE DOMANDA, OGNI ALTRA ESCLUSA; CONTESTUALMENTE DICHIARA D'UNIFORMARSI AI PRINCIPI ED ALLA NORMATIVA DI CUI AL REG.UE 2016/679.

Con la sottoscrizione della presente domanda il richiedente dichiara di manlevare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di SAVONA da qualsiasi indebito utilizzo dei dati ricevuti.

DATA

FIRMA