ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI VICENZA

SCHEDA RACCOLTA DATI MEDICINA UMANITARIA

Dr. (Cognome e Nome) _____

Specializzazione (eventuale): _____

Associazione o Gruppo di appartenenza: _____

_____

Località di intervento dell'Associazione e/o Gruppo: _____

_____

☐ **Già inserito in progetti umanitari**:

☐ si - dove: _____

☐ no

☐ **Attualmente non attivo in progetti umanitari, ma disponibile**

☐ in Italia ☐ all'estero

Manifestazione del consenso, ai sensi dell'art. 23 Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003
Il Sottoscritto
_____
A seguito presa visione delle informazioni di cui all'art. 13, acconsente al trattamento dei dati descritti, in particolare di quelli sensibili, sin qui raccolti e che verranno raccolti nel proseguo delle attività istituzionali dell'Ordine.
Acconsente alla comunicazione dei dati ed al relativo trattamento degli adempimenti per le finalità sopra descritte

Data _____ Firma _____

Da trasmettere all'Ordine in uno dei seguenti modi:

Posta ordinaria: Contrà Paolo Lioy, 13 – 36100 Vicenza
Fax: al n° 0444/546552
E-mail: ordine@medicivicenza.org (il presente modulo è scaricabile, in formato "word", dal sito www.medicivicenza.org / modulistica / ordine)