



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI VICENZA**



SCHEMA 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)
- Consegna diretta presso la sede dell'Ordine