

MODULO DI AUTORIZZAZIONE

ALL'UTILIZZO DEGLI INDIRIZZI DI POSTA ELETTRONICA  
E DEI RECAPITI TELEFONICI

**Inviare compilato in stampatello per fax al n. 0332 235659 o per email: [info@omceovarese.it](mailto:info@omceovarese.it)  
accompagnato dalla fotocopia fronte/retro di un documento d'identità non scaduto**

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

iscritto all'albo  MEDICI CHIRURGHI ovvero  ODONTOIATRI

**AUTORIZZA**

l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Varese all'utilizzo dei seguenti dati:

Email PEC \_\_\_\_\_

E-mail personale \_\_\_\_\_

E-mail professionale \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

I dati forniti all'Ordine dei Medici di Varese saranno utilizzati, nel rispetto delle vigenti norme di legge sulla riservatezza, per le comunicazioni trasmesse via mail o via sms dall'Ente e per il conseguimento dei fini istituzionali.

Gli stessi potranno essere comunicati o diffusi ai soggetti ai quali la normativa vigente consente di accedere. In ogni caso i dati personali relativi agli iscritti all'Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_