

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
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 _____