

DICHIARAZIONE DI PRESTAZIONE VOLONTARIA

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
di Piacenza

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente in Via

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi al N.....

Iscritto all'Albo degli Odontoiatri di Piacenza al N

Recapito telefonico :

Mail :

Specialista in

DICHIARA

di essere in possesso di professionalità nella/e seguente/i attività

.....
.....
.....

CHIEDE

di poter prestare la propria opera professionale a titolo esclusivamente gratuito e volontario, senza alcun vincolo di subordinazione, con il solo scopo di svolgere attività professionale a supporto delle attività assistenziali pubbliche qualora se ne presentasse la necessità, con la seguente disponibilità di tempo:

Ore/giorni settimanali

.....
.....
.....

Informativa Privacy

Ai sensi della normativa in materia di trattamento dei dati personali (D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679) ha diritto in qualsiasi momento di consultare, modificare, cancellare i suoi dati o opporsi al loro utilizzo per le finalità dell'OMCeO Piacenza scrivendo a: segreteria@ordinemedici.piacenza.it

Luogo e data

Firma