

# 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](mailto:segreteria@ordinemedici.piacenza.it)*

Luogo e data .....

Firma .....