



OMCeO

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Benevento

MODULO PER DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' A SOSTITUZIONI

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BENEVENTO

...I... sottoscritt... Dott./Dott.ssa _____

nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Via _____ n. _____ CAP. _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax _____

Indirizzo e-mail _____

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi di _____ al N. _____

Specialista in _____

A) dichiara la propria disponibilità a sostituire i colleghi di

MEDICINA GENERALE PEDIATRIA MEDICINA SPECIALISTICA

per il seguente periodo:

senza limitazioni di periodo per il periodo _____

Si impegna a comunicare immediatamente a codesto Ordine l' eventuale revoca della propria disponibilità.

Data _____

Firma _____

Autorizza l' Ordine alla diffusione, anche tramite il sito WEB , dei dati personali sopra indicati ai sensi di Legge 675/96 E Reg. U.E 679/2016.

Firma _____

N.B.: Il presente modulo può essere compilato e consegnato presso gli uffici dell' Ordine, oppure inviato tramite [e-mail: info@ordinemedicibenevento.it](mailto:info@ordinemedicibenevento.it) accompagnato da un Documento di riconoscimento.