

MODULO PER DICHIARAZIONE/REVOCA DI DISPONIBILITA' A SOSTITUZIONI

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI
PERUGIA

...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.

B) dichiara di revocare la propria disponibilità a sostituire i colleghi

con decorrenza immediata

con decorrenza dal _____

Data _____

Firma _____

Autorizza l' Ordine alla diffusione, anche tramite il sito Internet, dei dati personali sopra indicati ai sensi di Legge 675/96.

Firma _____

ATTENZIONE: In caso di mancata conferma della disponibilità ad effettuare sostituzioni in prossimità della scadenza, decorsi sei mesi dalla data della domanda si procederà alla cancellazione dell' interessato dall' elenco dei medici disponibili.

N.B.: Il presente modulo può essere compilato e consegnato presso gli uffici dell' Ordine, oppure inviato tamite fax al n. 075/51.53.012 o all'indirizzo e-mail: uffici@ordinemediciperugia.it