Marca da bollo

ALL'ORDINE PROVINCIALE DI SIRACUSA DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

REGISTRO DEI MEDICI ESTETICI

_l_ sottoscritt_ Dott._ _____ nat_

a _____ (prov. _____) il _____ residente

in _____ (prov. ____) Via _____ n. _____ C.A.P _____ Tel. _____ cell. _____

e mail _____

con studio professionale in _____ Tel. _____

Iscritto nell'Albo dei Medici Chirurghi al n. _____ di iscrizione

fa **DOMANDA** per essere iscritto nel **REGISTRO DI MEDICINA ad indirizzo ESTETICO come da bando** approvato dal Consiglio Direttivo di questo Ordine, con *Delibera n. 2 del 16/01/2020*.

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:
I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÂ ISTITUZIONALI DELL' ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.

Data _____ Firma _____