

Marca da bollo

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

REGISTRO DEI MEDICI ESTETICI

I 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 FINALITÀ 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 _____