RICHIESTA ATTIVITA' PRATICA PRESSO U.O. DI ENDOCRINOLOGIA OSPEDALE "A. PERRINO – ASL – BRINDISI"

TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

COGNOME.....**NOME**.....

LUOGO DI NASCITA.....**PROV**..... **DATA DI NASCITA** .....

RESIDENZA .....**PROV.**.....**CAP**.....

INDIRIZZO .....**N°**.....

TELEFONO.....**CELLULARE** .....

E-MAIL..... **N° ISCRIZIONE ENPAB** .....

CODICE FISCALE .....

LIBERO PROFESSIONISTA □ CONVENZIONATO □ PRIVO DI OCCUPAZIONE □

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti dal codice penale e da tutte le normative applicabili , dichiara sotto la propria personale responsabilità che i dati riportati rispondono a verità.
Vista l'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo n. 196 del 30/06/2003 denominato "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" il sottoscritto autorizza il trattamento, la comunicazione e la diffusione anche dei dati sensibili nei confronti di terzi, con riferimento al punto 1.5 delle finalità.

DATA ...../...../.....

FIRMA .....