

MODULO RICHIESTA CERTIFICATI ED ALTRO

All'Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Perugia

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Domiciliato/a a _____ c.a.p. _____

via _____ n. _____

indirizzo e-mail _____ tel. casa _____

tel.cell. _____ Codice Fiscale _____

che presta la propria attività

presso _____ a _____

via _____ tel. _____ in qualità

di _____

e svolge mansioni di _____

CHIEDE

Eventuali comunicazioni _____

Perugia, _____

Per ricevuta di quanto sopra

Firma _____

Autorizzo espressamente l'Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Perugia all'utilizzo dei miei dati personali ai sensi dell'art.23 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "codice in materia di protezione dei dati personali"

Data _____

Firma _____