

CIMOP

Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata
Sezione Regionale Campania



RESPONSABILITA' MEDICA CIVILISTICA

nell'Ospedalità Privata Accreditata

Napoli 2 Marzo 2013 Holliday Inn

Cognome _____ nome _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale: _____ specialista in _____

Residente in _____ prov. _____ cap. _____

Alla via-piazza _____ n° _____

Tel _____ fax _____

Cell. _____ e-mail _____

In servizio presso la casa di cura _____ sita in _____

Prov. _____ cap. _____ alla via /piazza _____

n° _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____

nel reparto di _____ in qualità di (dipendente a tempo pieno
e/o definito oppure in regime di libera professione) _____.

Altro: _____.

Compilato a _____ il ____ / ____ / ____

Da _____
firma

Consenso per il trattamento dei dati sensibili

Il sottoscritto _____ dichiara espressamente di aver ricevuto l'informativa prevista dall'art.13 del D.Lgs. 196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dunque di conoscere le modalità e le finalità del trattamento dei dati da parte della **CIMOP** inoltre, dichiara di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/03 ed esprime, pertanto, il consenso per il trattamento dei propri dati personali e sensibili.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____