

ALL'ORDINE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA  
DELLA PROVINCIA DI CASERTA

Via Sud Piazza D'Armi n° 48- 81100 Caserta

La sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

N. Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Iscritta/o all'Ordine della Professione Ostetrica della provincia di Caserta, con la presente presta consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del 4 comma art. 61 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

In particolare presto consenso a che vengano fornite a terzi notizie o informazioni relative, in particolare, a speciali qualificazioni professionali non menzionate nell'albo, ovvero alla disponibilità ad assumere incarichi o a ricevere materiale informativo a carattere scientifico inerente anche a convegni o seminari.

Firma \_\_\_\_\_