



## “Tirocinio professionalizzante universitario in Medicina Generale”

Messina, Auditorium “G. Martino” dell’Ordine dei Medici - Via Bergamo Is. 47/A

### RICHIESTA DI ISCRIZIONE

(da presentare agli uffici dell’Ordine o inviare al fax n.090-694555 o via e-mail: rizzo@omceo.me.it)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. ( )

indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Studente/ssa iscritto/a al  5° anno  6° anno

del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l’Università degli Studi di Messina

con la presente manifesta il proprio interesse e dichiara la sua disponibilità a partecipare al tirocinio professionalizzante in Medicina Generale specificato in epigrafe, nel periodo sotto contrassegnato:

- 1° periodo di attività: 4 -17 settembre 2009
- 2° periodo di attività: 18 settembre - 1 ottobre 2009
- 3° periodo di attività: 15 - 28 gennaio 2010
- 4° periodo di attività: 29 gennaio - 11 febbraio 2010
- 5° periodo di attività: 28 maggio - 10 giugno 2010

#### Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali

L’Ordine, rispetta la Sua riservatezza conformemente ai termini del nuovo Codice sulla Privacy D.Lgs. 196/2003. Lo stesso garantisce che i Suoi dati non verranno condivisi da nessun altro soggetto, ma saranno utilizzati ed opportunamente trattati per i fini inerenti e conseguenti l’iniziativa oggetto della presente. Tali dati saranno conservati sotto forma cartacea e saranno immessi in un personal computer dotato di idonee misure di sicurezza. I dati stessi non saranno oggetto di diffusione e non saranno comunicati a terzi senza la preventiva autorizzazione.

Sulla base delle informazioni sopra riportate, do il mio consenso, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei miei dati personali sopra riportati.

Data .....

Firma .....