



Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria  
**Provincia di COSENZA**

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

**DATA DI NASCITA:** ..... / ..... / .....

**LUOGO DI NASCITA:** ..... **Prov.** .....

**CODICE FISCALE:** .....

**COMUNE DI RESIDENZA:** ..... **Prov.** .....

**C.A.P.** ..... **VIA** ..... **N°** .....

**INDIRIZZO PROFESSIONALE VIA** ..... **N°** .....

**C.A.P.:** ..... **CITTÀ:** ..... **Prov.** .....

**TEL. FISSO:** ..... **FAX:** .....

**TEL. MOBILE:** .....

**E-MAIL:** ..... @ .....

**SPECIALIZZAZIONE IN:** .....

**BRANCA SPEC. AMBUL.:** ..... **TOT. ORE:** .....

**C/O POLIAMBULATORIO/I DI:** .....

**ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA PROVINCIA**

**DI** ..... **DEL** ..... / ..... / ..... **N°** .....

Ai sensi della Legge 675 del 31/12/96 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) vi do il mio consenso per il trattamento dei dati sopraindicati.

data ..... / ..... / ..... Firma \_\_\_\_\_