

**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI**

PORDENONE

Il/La sottoscritto/a Dott. _____,
nato/a a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
Tel. _____, e-mail: _____
iscritto all'Albo Medici-Chirurghi della Provincia di Pordenone

DICHIARA

di essere disponibile ad effettuare sostituzioni di Medici di Medicina Generale per l'anno _____.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Ordine a fornire le sue generalità e l'indirizzo con il numero di telefono ai
Collegi che chiedono di essere sostituiti (D.Lgs. 196/03).

Data _____

Firma _____