

**All'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Genova**



Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il ____/____/____

a _____

Codice Fiscale _____

AUTORIZZO

l'utilizzo dell'unita fotografia per gli usi Istituzionali.

DICHIARO inoltre

di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono stati destinati i dati personali ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)** con il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Genova, li ____/____/____

firma
