



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI MASSA E CARRARA**

Piazza G. Matteotti, 4 Palazzo Vacchelli – 54033 CARRARA

Cod. Fisc. 82001490455

telefono: 0585/70373 – fax: 0585/70845

e-mail: [info@ordinedeimedcims.org](mailto:info@ordinedeimedcims.org) web: <http://www.ordinedeimedcims.org>

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI UTILIZZO LOCALI DELL' ORDINE**

**All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri della Provincia di Massa Carrara**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in qualità di            organizzatore            relatore            rappresentante            altro  
dell'evento \_\_\_\_\_ organizzato da \_\_\_\_\_  
e rivolto a            medici chirurghi            odontoiatri            infermieri            cittadinanza            altro  
avente come referente contatto telefonico o e-mail \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti della T.U. – DPR 28.12.2000 N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 T.U.-DPR 28.12.2000 N. 445)

**CHIEDE**

La possibilità di utilizzo della sala consiglio (posti massimi 30) presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Massa Carrara

con il seguente calendario:

il giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

il giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

il giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

il giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

il giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Altre osservazioni

Distinti saluti

Firma \_\_\_\_\_



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI MASSA E CARRARA**

Piazza G. Matteotti, 4 Palazzo Vacchelli – 54033 CARRARA

Cod. Fisc. 82001490455

telefono: 0585/70373 – fax: 0585/70845

e-mail: [info@ordinedeimedcims.org](mailto:info@ordinedeimedcims.org) web: <http://www.ordinedeimedcims.org>

**CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ ai sensi del  
D.lgs 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 GDPR, concernente “La tutela delle persone e di  
altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”

**ESPRIME IL SUO CONSENSO E AUTORIZZA**

L’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri al trattamento dei suoi dati personali da parte degli  
uffici preposti, ivi compresa la pubblicazione sull’Albo e sul sito internet dell’Ordine di altri dati  
non obbligatori.

Il sottoscritto prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento  
2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità  
indicate a che i propri dati personali possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai  
soggetti per gli adempimenti connessi all’incarico conferito.

L’informativa sulla privacy è disponibile al link

[http://www.ordinedeimedcims.org/public/informativa\\_privacy.pdf](http://www.ordinedeimedcims.org/public/informativa_privacy.pdf)

FIRMA \_\_\_\_\_