



AVVISO

<input type="checkbox"/> <u>CERCO</u> collaborazione per:		<input type="checkbox"/> <u>OFFRO</u> disponibilità per:	
		(Indicare Titolo di studio):	
<input type="checkbox"/> Assistente alla poltrona studio odontoiatrico	<input type="checkbox"/> Segretaria	<input type="checkbox"/> Collaboratrice studio medico	
Nome e Cognome /Studio			
Data di nascita			
Indirizzo			
n. telefono		Data affissione:	
Dichiaro di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003			
Il Richiedente (firma)			
I dati verranno trattati in formato elettronico e pubblicati nella bacheca elettronica dell'Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Reggio Emilia			
Il Richiedente (firma)			