**OGGETTO:**

**RACCOLTA DISPONIBILITÀ’ DEGLI ISCRITTI ALL’ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

**PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI CONTRO IL SARS - COV-2 PRESSO IL  
PROPRIO AMBULATORIO O PRESSO LE SEDI DI SOMMINISTRAZIONE DELL’**

AREA SOCIO SANITARIA LOCALE.

Il sottoscritto

nato a

il

residente

Provincia di

Codice fiscale n.

telefono

Iscritto all'Albo degli Odontoiatri di Nuoro con il n

COMUNICA

la propria disponibilità per le attività indicate in oggetto.

Dichiara di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR.

Luogo Data

Firma