

Luogo e data

Spett.le

**Ordine dei Medici Veterinari della
Provincia di Arezzo**

Autorizzazione all'uso dei dati personali

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa:

nato/a a: prov./stato: il:

codice fiscale: iscrizione all'Albo n.ro:

PERMETTO

che i miei dati personali, in possesso o assunti dall'Ordine, titolare del trattamento, siano utilizzati esclusivamente ai fini amministrativi e contabili e siano conservati in archivi cartacei ed elettronici nel rispetto delle misure di sicurezza previste dell'art.13 della D. Lgs. 30 Giugno 2003 n.196.

AUTORIZZO

inoltre, l'Ordine a comunicare a terzi i miei dati personali, in relazione ad adempimenti connessi all'attività amministrativa stessa. Per nessuna ragione i predetti dati saranno utilizzati a fini diversi.

Autorizzo inoltre l'Ordine a rendere noti recapiti telefonici e di posta elettronica a terzi, qualora questi siano interessati ad offrire opportunità di lavoro/collaborazione.

☐ **AUTORIZZO**

☐ **NON AUTORIZZO**

firma

.....