

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Libero professionista iscritto all'OPI di _____ al n. _____

chiede che vengano inseriti i seguenti dati nel Registro dei Liberi professionisti:

COGNOME NOME/ DENOMINAZIONE ATTIVITA'	INDIRIZZO	RECAPITI TELEFONICI		
		INDIRIZZO MAIL	INDIRIZZO PEC	SITO WEB

Ulteriori indicazioni :

Esperienza maturata nei seguenti ambiti (barrare le caselle interessate):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> geriatria | <input type="checkbox"/> sala operatoria |
| <input type="checkbox"/> wound care | <input type="checkbox"/> area critica e rianimazione |
| <input type="checkbox"/> psichiatria | <input type="checkbox"/> didattica e formazione |
| <input type="checkbox"/> pediatria | <input type="checkbox"/> cure complementari |
| <input type="checkbox"/> area riabilitativa | <input type="checkbox"/> organizzativo-gestionale |
| <input type="checkbox"/> area chirurgica | |

Disponibilità nelle 24 ore si no
Disponibilità fasce orarie mattino pomeriggio notte

Data, _____

Firma _____

Gentile iscritto, i dati personali, identificativi o sensibili che ci ha fornito, prestando consenso per il trattamento, verranno utilizzati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti informativi, amministrativi, commerciali e contabili connessi al rapporto contrattuale/professionale/collaborativo che intercorre tra l'iscritto e OPI di Como. Copia integrale dell'informativa potrà essere richiesta presso la sede dell'Ordine stesso. Si invitano gli iscritti che non avessero ancora ritirato, o avessero smarrito l'informativa al trattamento dati dell'OPI di Como richiederne copia presso la sede dell'ordine stesso o scrivendo a privacy@opicomo.it

Firma per consenso alla diffusione dei dati
