

MODULO DA COMPILARE PER CHI ESERCITA LIBERA PROFESSIONE

All'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Como

1 - Dati anagrafici

Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

comune di residenza _____ via _____ n. _____

CAP _____ tel. _____ cittadinanza _____

2 Situazione professionale

Titolo di studio (indicare quello posseduto)

Infermiere Professionale

Infermiere Pediatrico

Iscritto all'albo degli _____ n. tessera _____

n. partita iva _____

Modalità di esercizio libera professione:

in forma singola

in studio associato (indicare nome e sede) _____

in cooperativa sociale (indicare nome e sede) _____

altre forme (specificare) _____

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

Data _____ firma _____