

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:

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

**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, \_\_\_\_\_

Ho preso visione delle informazioni in materia di trattamento dei dati ai sensi del GDPR 679/2016 e D.LGS. 196/2003, così come modificato dal DLGS 101/2018, e presto il consenso al trattamento dei dati personali. Le informazioni complete sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ordine alla sezione "Informativa Privacy dell'Ordine".

Firma \_\_\_\_\_