

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):

- | | |
|---|--|
| ☐ geriatria | ☐ sala operatoria |
| ☐ wound care | ☐ area critica e rianimazione |
| ☐ psichiatria | ☐ didattica e formazione |
| ☐ pediatria | ☐ cure complementari |
| ☐ area riabilitativa | ☐ organizzativo-gestionale |
| ☐ area chirurgica | |

Disponibilità nelle 24 ore ☐ sì ☐ no

Disponibilità fasce orarie ☐ mattino ☐ pomeriggio ☐ notte

Data, _____

Clausola sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR):

I dati personali conferiti con il presente modulo, già acquisiti o di nuova raccolta, sono trattati dall'Ordine Professionale in qualità di Titolare del trattamento esclusivamente per le medesime finalità istituzionali per le quali è stata resa l'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR in sede di iscrizione all'Albo. Il trattamento avviene nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, con modalità cartacee e/o informatiche, e nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa vigente. L'interessato conserva i diritti previsti dagli articoli 15 e seguenti del GDPR".

Firma _____