

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 **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) _____

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 _____