

## 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 \_\_\_\_\_