

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 _____

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 _____