

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MACERATA

SCHEMA REGISTRAZIONE AD ELENCO LIBERI PROFESSIONISTI

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residente a: _____ Città _____
Indirizzo _____
Cap _____ Provincia _____
e mail _____
pec _____
Recapiti Telefonici _____
Iscrizione all'OPI di _____

SITUAZIONE PROFESSIONALE

Numero e data iscrizione all'Ufficio IVA _____ - ___/___/___

Numero e data iscrizione ENPAPI _____ - ___/___/___

Modalità esercizio L.P. :
 individualmente
 forma associata
 in qualità di socio di Cooperative Sociali
 con rapporti di collaborazione coord.con.

Sede di esercizio attività libero professionale _____

Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- Copia della domanda d'iscrizione all'ENPAPI
- Statuto, atto costitutivo, elenco professionisti, situazione RC e previdenziale in caso di studi associati
- Statuto, atto costitutivo, regolamento, elenco professionisti soci, situazione RC e previdenziale, comunicazione del nominativo infermiere responsabile in caso di studi cooperative sociale.

Entro 30 giorni dalla cessazione/modifica dell'attività va data comunicazione a questo Ordine.

Data _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEI DATI IN APPLICAZIONE DEL REG UE 679/2016.

Io sottoscritto/a: _____

Codice fiscale: _____

dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sull'uso dei miei dati personali e, a tal fine, essendomi stato espressamente ed esaurientemente spiegato ogni punto della medesima ed avendo io integralmente compreso tutto quanto in essa contenuto, privo di qualsiasi dubbio in merito,

A U T O R I Z Z O

l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata, rappresentato dal Presidente p.t., con sede in Macerata al Corso Cavour n. 96 , P. Iva:93005390435, Tel: 0733233051, email: info@opimacerata.it all'utilizzo dei miei dati, anche sensibili e/o giudiziari, limitatamente a quanto necessario per l'effettuazione dei servizi indicati della nota informativa consegnatami;

- Presto il consenso
- Nego il consenso

al trattamento e conservazione, nei propri archivi cartacei e informatici, dei dati necessari all'effettuazione dei servizi indicati della nota informativa consegnatami, anche a mezzo di trattamenti automatizzati compresa la profilazione al fine di individuare e offrire servizi più adatti alle mie esigenze;

- Presto il consenso
- Nego il consenso

alla ripresa audio-visiva di immagini durante lo svolgimento del corso, nonché allo scatto di foto e conseguente eventuale pubblicazione sul sito dell'Ordine e/o di altro genere sempre comunque inerente l'ambito dei servizi da esso svolti

- Presto il consenso
- Nego il consenso

P R E S T O I L C O N S E N S O

a che L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata, rappresentato dal Presidente p.t., con sede in Macerata al Corso Cavour n. 96 , P. Iva:93005390435, Tel: 0733233051, email: info@opimacerata.it, ponga in essere le attività sopra descritte per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento .

Macerata li _____

Firma per rilascio del consenso: _____