

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Libero professionista iscritto al Collegio IPASVI 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):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> geriatria | <input type="checkbox"/> sala operatoria |
| <input type="checkbox"/> wound care | <input type="checkbox"/> area critica e rianimazione |
| <input type="checkbox"/> psichiatria | <input type="checkbox"/> didattica e formazione |
| <input type="checkbox"/> pediatria | <input type="checkbox"/> cure complementari |
| <input type="checkbox"/> area riabilitativa | <input type="checkbox"/> organizzativo-gestionale |
| <input type="checkbox"/> area chirurgica | |

Disponibilità nelle 24 ore si no
Disponibilità fasce orarie mattino pomeriggio notte

Data, _____

Firma _____

I dati personali, identificativi che ci ha fornito (sopra riportati), prestando consenso per il trattamento, verranno utilizzati ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 (normativa sulla privacy) al fine di permettere la diffusione e quindi la pubblicazione del suo nominativo sul sito internet www.ipasvicomo.it nel Registro dei Liberi Professionisti al fine di poter essere contattati dai pazienti. Copia integrale dell'informativa potrà essere richiesta presso la sede del collegio stesso.

Firma per consenso alla diffusione dei dati
