

## DICHIARAZIONE DI ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE

Spett.le  
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI  
PIAZZA CURIEL, 11  
13900 BIELLA

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via (piazza) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_;

in qualità di

**Infermiere**  **Assistente sanitario**  **Infermiere pediatrico**

iscritto all'Albo IPASVI di Biella dal \_\_\_\_\_ tessera n° \_\_\_\_\_

n° Partita Iva \_\_\_\_\_ (fotocopia allegata)

a conoscenza delle normative che regolano l'attività libero-professionale, comunica la propria volontà di intraprendere l'esercizio di tale attività a partire dal mese di \_\_\_\_\_

- In forma singola
- In studio associato (indicare nome e sede)
- In cooperativa sociale (indicare nome e sede)
- Altre forme (specificare)

Chiede inoltre di essere inserito nel registro pubblico dei liberi professionisti.

*Ai sensi del D.lgs 196/03, i dati personali forniti dai partecipanti ai corsi di formazione saranno raccolti presso la segreteria IPASVI per le finalità previste dalla legge e verranno trattati su supporti cartacei e con strumenti elettronici anche successivamente all'iscrizione. Responsabile del trattamento è il Collegio IPASVI di Biella.*

*Il sottoscritto, dichiarando di avere preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 del D.lgs. n° 196 del 30 giugno 2003 essendo a conoscenza delle informazioni ivi contenute, in particolare, con riguardo alle finalità ed alle modalità del trattamento ivi specificate, nonché dei soggetti a cui i dati possono essere comunicati o trasferiti, **APPONE LA PROPRIA FIRMA PER CONCEDERNE IL CONSENSO** al trattamento dei propri dati personali per le finalità di promozione e informazione sui corsi e le attività organizzate in futuro, commerciali e di marketing, di cui al punto 2.2 dell'informativa.*

data,

firma