

**OGGETTO: DICHIARAZIONE DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE**

**1 - Dati anagrafici**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

**2 - Situazione professionale**

Iscritto all'albo di \_\_\_\_\_ n. tessera \_\_\_\_\_

n. partita iva \_\_\_\_\_

**3 - Modalità di esercizio libera professione**

in forma singola

in studio associato (indicare nome e sede) \_\_\_\_\_

altre forme (specificare) \_\_\_\_\_

Gentile iscritta/o, i dati personali, identificativi o sensibili che ci ha fornito, prestando consenso per il trattamento, verranno utilizzati ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 (normativa sulla privacy) al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti informativi, amministrativi, commerciali e contabili connessi al rapporto contrattuale/professionale/collaborativo che intercorre tra l'iscritto e l'Ordine della Professione di Ostetrica Interprovinciale di Como-Lecco-Sondrio. Copia integrale dell'informativa potrà essere richiesta presso la sede dell'Ordine stesso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_