Modulo Libera professione

COMUNICAZIONE INIZIO/ CESSAZIONE ATTIVITÀ' DI LIBERA PROFESSIONISTA
e liberatoria pubblicazione dati sul sito internet

Ordine Interprovinciale della Professione di Ostetrica
di Ascoli Piceno e Fermo
via delle Torri, 43
63100 Ascoli Piceno

PEC ostetricheapfm@arubapec.it

La/il sottoscritta/o _____
(nome e cognome)

nata/o a _____ Prov _____ il _____

C.F. _____ P. Iva _____

iscritta/ al N° _____ delll'Albo dell'Ordine Interprovinciale della Professione Ostetrica di Ascoli Piceno e Fermo

(barrare e compilare le parte interessate)

DICHIARA

- ☐ **INIZIO** attività di libera professione a partire dal _____
- ☐ **CESSAZIONE** attività di libera professione a partire dal _____

CHIEDE

- ☐ (1) di essere inserita nell'elenco libere professioniste del sito Dell'Ordine
- ☐ (2) la pubblicazione dei dati riportati qui trascritti

  Provincie in cui svolge la professione _____

  Telefono _____ cell. _____

  E.MAIL _____

data _____ firma _____

Barrando le caselle si da il consenso all'Ordine **Interprovinciale della Professione di Ostetrica di Ascoli Piceno e Fermo** di pubblicare il nominativo e i dati trascritti nel punto (2).
Con la presente dichiarazione acconsente alla pubblicazione dei dati da Lei indicati, ai sensi della vigente normativa sulla protezione dei dati, in particolare del Regolamento UE 2016/679 (di seguito anche: "GDPR") e in qualsiasi momento revocare il consenso alla pubblicazione, dandone comunicazione scritta all'Ordine ostetricheapfm@arubapec.it.

data _____ firma _____