Ordine delle Professioni Infermieristiche Lecce

Infermieri – Infermieri Pediatrici
Tel 0832-300508 Fax 0832-300526 Via Redipuglia n. 3 – 73100 Lecce
Sito Internet: WWW.OPILECCE.IT
e-mail: segreteria@opilecce.it

OPI

Scheda di Registrazione

Lo sviluppo della salute comunitaria: l'infermiere di famiglia e di comunità

Barrare con una X la sede prescelta:

I EDIZIONE

☐ **SEDE: SALA CONVEGNI OSPEDALE TRICASE (21 GENNAIO 2022)**

II EDIZIONE

☐ **SEDE: SALA CONVEGNI CARTOFFICE MAGLIE (22 GENNAIO 2022)**

Ruolo (barrare la relativa casella)

- ❑ Partecipante
- ❑ Docente

Nome ……Cognome ……

Luogo e data di nascita ……

Codice fiscale /___/ ___/ ___/ ___/ ___/ ___/ ___/ ___/ ___/ ___/ ___/ ___/ ___/ ___/ ___/ ___/

Telefono fisso ……Cellulare ……..E-mail ……

Residente in via……Paese…….. ……..

Cap ……..Provincia di (sigla) ……..

Iscritto all'Ordine……Provincia di…….……..

Sede di lavoro…… Reparto/servizio……..

Professione destinataria: Infermiere; Infermiere Pediatrico

Barra con una *x*

- **Libero Professionista (L)** ☐
- **Convenzionato (C)** ☐
- **In attesa di occupazione (P)** ☐
- **Dipendente (D)** ☐

N.B. La scheda va compilata, a stampatello,in ogni sua parte, in modo corretto e chiaro e deve essere consegnata personalmente in segreteria alla fine del corso, unitamente alle schede allegate, debitamente compilate e firmate.

Il rilascio dell'attestato e riservato agli operatori sanitari, in regola con l'iscrizione al relativo Ordine, ed è subordinato alla partecipazione all'intero programma formativo ed alla verifica dell'apprendimento.

Data …….. *Firma (Leggibile)*

……

MODULO DI CONSENSO DELL'INTERESSATO

ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Io sottoscritto, ... con la presente, ai sensi del REG. UE 2016/679, acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte del **Ordine Professioni Infermieristiche di LECCE**, dopo aver presa visione dell'informativa privacy di all'art. 13 del REG. UE 2016/679.

Data: _____

Firmato da (nome dell'interessato):

_____