



Ordine della Professione di Ostetrica
della Provincia di Brescia

con la donna ad ogni età

Da restituire alla segreteria tramite fax al 030296831 o e.mail

segreteria@ostetrichebrescia.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.lgs. 196/2003

ed AGGIORNAMENTO DATI OBBLIGATORI al febbraio 2015

Dati obbligatori:

COGNOME NOME	
RESIDENZA DOMICILIO	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO A IN DATA	<input type="checkbox"/> Diploma in ostetricia <input type="checkbox"/> Laurea in ostetricia <input type="checkbox"/> Laurea magistrale <input type="checkbox"/> Master in ostetricia <input type="checkbox"/> Altra Laurea
SETTORE DI IMPIEGO Azienda, Ospedale, Clinica, ecc. (Specificare Tipologia e Nome) <hr/> <hr/> UO/SERVIZIO _____	<input type="checkbox"/> Libera/o Professionista (proprio studio privato) <input type="checkbox"/> Attività mista (dipendente part-time SSN + libera professione c/o altre strutture) <input type="checkbox"/> Pensionata/o <input type="checkbox"/> Ospedaliera/o SSN <input type="checkbox"/> Cliniche / ambulatori settore privato <input type="checkbox"/> Territorio SSN <input type="checkbox"/> Universitari/o dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupata/o <input type="checkbox"/> Lavoratrice/ore Estero <input type="checkbox"/> Altra occupazione <hr/> <hr/>

Io sottoscritta/o _____

Vista l' informativa sul trattamento dati personali ex Art. 13 del D.Lgs. 196/2003

esprimo il consenso

Data _____ Firma _____

Segue sul retro



Ordine della Professione di Ostetrica
della Provincia di Brescia

con la donna ad ogni età

Dati facoltativi

I Opzione (sono improntati alla massima riservatezza e il loro utilizzo avverrà solo per finalità interne)

N. DI TELEFONO CASA	
N. DI TELEFONO LAVORO	
N. DI CELLULARE	
E.MAIL	
N. DI FAX	

Io sottoscritta/o _____

Vista l'informativa sul trattamento dati personali ex Art. 13 del D.Lgs. 196/2003

esprimo il consenso

al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali, anche di natura identificativa, sensibile e giudiziaria, per adempimenti connessi all'attività istituzionale dell'Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Brescia.

Data _____ Firma _____

Dati facoltativi

II Opzione Autorizzo altresì la pubblicazione sull'Albo professionale dell'Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Brescia dei seguenti dati, ove forniti all'Ordine, oltre a quelli obbligatori.

N. DI TELEFONO CASA	
N. DI TELEFONO LAVORO	
N. DI CELLULARE	
E.MAIL	
N. DI FAX	

Io sottoscritta/o _____

Vista l'informativa sul trattamento dati personali ex Art. 13 del D.Lgs. 196/2003

esprimo il consenso

al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali, anche di natura identificativa, sensibile e giudiziaria, per adempimenti connessi all'attività istituzionale dell'Ordine.

Data _____ Firma _____