

Spett.

ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE di Lucca

Via Viaccia I 140 S. Anna – Lucca

Lucca,

Oggetto: consenso al trattamento e alla diffusione dei dati identificativi

Il/la sottoscritto/a, nato/a il
a..... e residente in
recapito telefonico, e-mail.....
iscritto all'Albo professionale tenuto dal Collegio Ipasvi di Lucca , esercente la professione in
qualità di libero professionista

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

alla pubblicazione dei propri dati (in particolare nome, cognome e indirizzo e-mail) sulla
rivista e sul sito web dell'OPI di Lucca per consentire la diffusione dei nominativi
dei liberi professionisti presso la popolazione e presso enti e associazioni interessate.

Cordiali saluti.

In fede _____