

Modulo di RICHIESTA CONSULENZA Legale



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina

Il/La sottoscritto/a

Nato/a aprov..... e residente in

Via/Piazza

Cap..... Prov.....

in qualità di (**N.B** specificare Albo di Appartenenza: Infermieri, Infermieri Pediatrici).

.....

n. posizione iscritto dal giorno

contatto telefonico

presenta richiesta di consulenza legale per la seguente motivazione:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dichiara altresì, (barrare la casella di interesse):

- Che **E'** soddisfatto del parere ricevuto dall'Avvocato
 - Che **NON** è soddisfatto del parere ricevuto dall'Avvocato
- Solo in caso negativo indicarne la motivazione:

.....
.....
.....
.....
.....

Firma

Data _____

Informativa ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30.06.2003

Vi informiamo che i dati trasmessi all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza, nel rispetto della normativa vigente e a tutela della riservatezza.

I dati vengono trattati in forma scritta, su supporti magnetici, elettronici e telematici in relazione agli obiettivi di valutazione e promozione del volontariato nella provincia di Latina.

I dati verranno trattati per tutta la durata delle attività e successivamente, allo scopo di diffondere i risultati, i prodotti ed il materiale su supporto cartaceo e digitale. Relativamente ai dati medesimi è possibile esercitare i diritti di rettifica, aggiornamento e recesso previsti dall'art. 7 del D.Lgs.196/03.

Il titolare del trattamento dei dati è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina con sede in Viale P.L. Nervi 228 - 04100 Latina (LT). Con la presente dichiaro di aver ricevuto l'informativa ed esprimo il consenso al trattamento dei dati personali nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Firma

Data _____