



**COMUNICAZIONE APERTURA STUDIO ASSOCIATO INFERMIERISTICO
COOPERATIVA SOCIALE
SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI**

Denominazione Studio Associato	
Denominazione Cooperativa Soc.	
Denominazione Società Tra Professionisti	
Indirizzo (Via, Cap, Comune)	
N. Telefonico	
N. Fax	
E-Mail – Indirizzo Sito Internet PEC	
P. IVA o C.F.	
Nominativo Resp. Infermieristico	
Cell. Responsabile Infermieristico	

Sede di intervento

☐ Ospedale ☐ RSA ☐ Hospice ☐ Assistenza domiciliare ☐ Medicina del lavoro ☐ Ambulatorio Infermieristico	☐ Poliambulatorio ☐ Ambulatorio MMG/PLS ☐ Centro di formazione _____ ☐ Università ☐ Altro (specificare) _____
--	---

Tipologia di intervento

☐ Assistenza infermieristica di base ☐ Assistenza infermieristica in area specialistica ☐ Consulenza in ambito socio sanitario e/o assistenziale (specificare) _____	☐ Coordinamento e gestione dell'assistenza infermieristica ☐ Docenza ☐ Coordinamento di percorsi formativi ☐ Tutoraggio ☐ Direzione ☐ Altro (specificare)
--	--



**COMUNICAZIONE APERTURA STUDIO ASSOCIATO INFERMIERISTICO
COOPERATIVA SOCIALE
SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI**

☐ Informatore tecnico – scientifico _____

Ambito territoriale di intervento

- | | |
|--|--|
| ☐ Brescia città: distretto 1
☐ Brescia Ovest: distretto 2
☐ Brescia Est: distretto 3
☐ Valtrompia: distretto 4
☐ Sebino: distretto 5
☐ Monte Orfano: distretto 6
☐ Oglio ovest
☐ Bassa Bresciana Occidentale: distretto 8 | ☐ Bassa Bresciana Centrale: distretto 9
☐ Bassa Bresciana Orientale: distretto 10
☐ Basso Garda
☐ Alto Garda
☐ Vallesabbia: distretto 12
☐ Vallecamonica
☐ Altre Province
☐ Fuori Regione |
|--|--|

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

L'informativa privacy ai sensi dell'arti. 13 del Regolamento UE 2016/679 è già stata fornita al momento dell'iscrizione; tuttavia, è reperibile al seguente link https://www.iswebcloud.it/download/allegati/214/221361218321O_OInformativaprivacyLP.pdf

Elenco associati dello Studio/Cooperativa/Società Tra Professionisti

OPI di appartenenza	n. Iscrizione	Cognome e Nome	Associato dal	N. iscrizione Cassa Enpapi	Data Iscr.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

Data _____ Firma _____