	<b>CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI PROFESSIONALI</b>	<b>Allegato C</b>  <b>Rev.00</b>  <b>Pag. 1 di 13</b> 19.4.2010
---	---	--

Legge n. 175 del 05/07/2002, D.M. n. 657 del 16/09/94  
Legge n. 42/99 (art. 3), Legge 362/99, Legge n. 248 del 04/08/06, D.Lgs 70 del 9 aprile 2003

### BIGLIETTO DA VISITA

- **I biglietti da visita non devono contenere alcun grafico, disegno, figura o simbolo, ad eccezione del simbolo (logo) rappresentativo del Collegio IP.AS.VI. in caratteristiche e colore fornito dal Collegio stesso.**
- Il biglietto da visita non ha funzione pubblicitaria nel suo normale e corretto uso, si tratta solo di un promemoria dato ad una singola persona allo scopo di far conoscere i propri recapiti.
- L'uso improprio del biglietto da visita (nelle buche delle lettere, sul ripiano di un negozio svolge la funzione di pubblicitaria ed è quindi vietato dalla legge e soprattutto dalla deontologia.

**Il biglietto deve riportare esclusivamente i seguenti dati, a seconda della tipologia:**

**1) STUDIO ASSOCIATO INFERMIERISTICO**


- Denominazione Studio Associato infermieristico
- Logo rilasciato da IP.AS.VI. su richiesta
- Cognome e Nome Referente
- N. iscrizione Albo
- Sede di intervento, Tipologia di intervento, Ambito territoriale
- Tel.
- Indirizzo: Via, N. Civico, Comune
- C.F./P.IVA

**2) INFERMIERE ASSOCIATO**

- Cognome e Nome
- Logo rilasciato da IP.AS.VI. su richiesta
- N. Iscrizione Albo
- Tel. (Personale e Studio Associato)
- Indirizzo Via, N. Civico, Comune (Studio Associato)
- C.F./P.IVA (Studio Associato)
- Associato allo Studio Infermieristico (Denominazione\_\_\_\_\_)

**3) INFERMIERE SINGOLO LIBERO PROFESSIONISTA**

- Cognome e Nome
- Professione (infermiere, Assistente sanitario, Infermiere Pediatrico)
- Logo rilasciato da IP.AS.VI. su richiesta
- N. Iscrizione Albo
- Sede di intervento, Tipologia di intervento, Ambito territoriale
- Tel.
- Indirizzo: Via, N. Civico, Comune
- C.F./P.IVA

	<p align="center"><b>CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI PROFESSIONALI</b></p>	<p align="center"><b>Allegato C</b> <b>Rev.00</b> <b>Pag. 2 di 13</b> 19.4.2010</p>
---	---	---

**ELENCO VOCI DA RIPORTARE SUL BIGLIETTO DA VISITA**

<b>SEDE DI INTERVENTO</b>	
Ospedale RSA Hospice Assistenza domiciliare Medicina del lavoro Ambulatorio Infermieristico	Poliambulatorio Ambulatorio MMG/PLS Centro di formazione _____ Università Altro (specificare) _____
<b>TIPOLOGIA D'INTERVENTO</b>	
Assistenza infermieristica di base Assistenza infermieristica in area specialistica Consulenza in ambito socio sanitario e/o assistenziale (specificare) _____ Informatore tecnico – scientifico	Coordinamento e gestione dell'assistenza infermieristica Docenza Coordinamento di percorsi formativi Tutoraggio Direzione Altro (specificare) _____
<b>AMBITO TERRITORIALE DI INTERVENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Brescia città: distretto 1 <input type="checkbox"/> Brescia Ovest : distretto 2 <input type="checkbox"/> Brescia Est: distretto 3 <input type="checkbox"/> Valtrompia: distretto 4 <input type="checkbox"/> Sebino: distretto 5 <input type="checkbox"/> Monte Orfano: distretto 6 <input type="checkbox"/> Oglio ovest <input type="checkbox"/> Bassa Bresciana Occidentale: distretto 8	<input type="checkbox"/> Bassa Bresciana Centrale: distretto 9 <input type="checkbox"/> Bassa Bresciana Orientale: distretto 10 <input type="checkbox"/> Basso Garda <input type="checkbox"/> Alto Garda <input type="checkbox"/> Vallesabbia: distretto 12 <input type="checkbox"/> Vallecamonica <input type="checkbox"/> Altre Province <input type="checkbox"/> Fuori Regione

**ESEMPIO BIGLIETTO DA VISITA FINITO**

<p>LOGO IPASVI RILASCIATO DAL COLLEGIO su richiesta</p>	<p align="center"><b>STUDIO ASSOCIATO INFERMIERISTICO DI ROSSI M. E BIANCHI L. &amp; ASSOCIATI</b></p>
<p align="center">Referente ROSSI MARIO N. Iscrizione Albo 0000</p>	
<p align="center">Tipologia D'intervento: Assistenza Infermieristica Di Base</p>	
<p align="center">Sede Di Intervento: Ospedale</p>	
<p align="center">Ambito Territoriale: Basso Garda</p>	
<p align="center">Indirizzo: Via Lunga, 20 – 25015 Desenzano D.G. (Bs)</p>	
<p align="center">N.° Telefonico 030.0000000</p>	
<p align="center">C. F. E/O P.Iva 1234567890</p>	



**CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA  
INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE  
IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI  
PROFESSIONALI**

**Allegato C**

**Rev.00**

**Pag. 3 di 13**  
19.4.2010

**FAC-SIMILE BIGLIETTO DA VISITA STUDIO ASSOCIATO**

LOGO  
COLLEGIO  
Rilasciato  
su richiesta

**STUDIO ASSOCIATO INFERMIERISTICO**  
DI \_\_\_\_\_

Referente \_\_\_\_\_ N. Iscrizione Albo \_\_\_\_\_

Tipologia D'intervento: \_\_\_\_\_

Sede Di Intervento: \_\_\_\_\_

Ambito Territoriale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

N.° Telefonico \_\_\_\_\_

C. F. E/O P.Iva \_\_\_\_\_

**FAC-SIMILE BIGLIETTO DA VISITA SINGOLO PROFESSIONISTA**

LOGO  
COLLEGIO  
Rilasciato  
su richiesta

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

N. Iscrizione Albo \_\_\_\_\_

Indicare la professione \_\_\_\_\_

Tipologia D'intervento: \_\_\_\_\_

Sede Di Intervento: \_\_\_\_\_

Ambito Territoriale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

N.° Telefonico \_\_\_\_\_

C. F. E/O P.Iva \_\_\_\_\_

**FAC-SIMILE BIGLIETTO DA VISITA SINGOLO PROFESSIONISTA ASSOCIATO**

LOGO  
COLLEGIO  
Rilasciato  
su richiesta

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

N. Iscrizione Albo \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

N.° Telefonico \_\_\_\_\_

C. F. E/O P.Iva \_\_\_\_\_

Associato allo Studio Infermieristico



**CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA  
INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE  
IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI  
PROFESSIONALI**

**Allegato C**

**Rev.00**

**Pag. 4 di 13**  
19.4.2010

**CARTA INTESTATA**

**Indicazioni per la creazione carta intestata, e-mail personale, timbro**

- **La carta intestata come per il biglietto da visita non deve contenere alcun grafico, disegno, figura o simbolo, ad eccezione del simbolo (logo) rappresentativo del Collegio IP.AS.VI. in caratteristiche e colore fornito dal Collegio stesso.**

**La carta intestata deve riportare esclusivamente i seguenti dati, a seconda della tipologia:**

- 1) INFERMIERE SINGOLO LIBERO PROFESSIONISTA**
  - Cognome e Nome
  - Professione (infermiere, Assistente sanitario, Infermiere Pediatrico)
  - Logo rilasciato da IP.AS.VI. su richiesta
  - N. Iscrizione Albo
  - Specializzazioni (master o laurea Specialistica)
  - Indirizzo personale: Via, N. Civico, Comune
  - Indirizzo sede operativa: Via, N. Civico, Comune
  - C.F./P.IVA

**Fac simile carta intestata/e-mail personale**

LOGO  
COLLEGIO  
Rilasciato  
su richiesta

ROSSI \_\_\_\_\_  
Indicare : Infermiere; Assistente Sanitario; infermiere Pediatrico  
Iscrizione Albo N. \_\_\_\_\_  
Eventuali Specializzazioni \_\_\_\_\_  
Indirizzo: (Indicare: Via, N. Civico, Comune) \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_  
C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_



**CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA  
INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE  
IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI  
PROFESSIONALI**

**Allegato C**

**Rev.00**

**Pag. 5 di 13**  
19.4.2010

LOGO  
COLLEGIO  
Rilasciato  
su richiesta

ROSSI \_\_\_\_\_

Indicare : Infermiere; Assistente Sanitario; infermiere Pediatrico

Iscrizione Albo N. \_\_\_\_\_

Eventuali Specializzazioni \_\_\_\_\_

Indirizzo: (Indicare: Via, N. Civico, Comune) \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_



**CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA  
INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE  
IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI  
PROFESSIONALI**

**Allegato C**

**Rev.00**

**Pag. 6 di 13**  
19.4.2010

LOGO  
COLLEGIO  
Rilasciato  
su richiesta

ROSSI \_\_\_\_\_  
Indicare : Infermiere; Assistente Sanitario; infermiere Pediatrico  
Iscrizione Albo N. \_\_\_\_\_  
Eventuali Specializzazioni \_\_\_\_\_  
Indirizzo: (Indicare: Via, N. Civico, Comune) \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_  
C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_



**CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA  
INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE  
IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI  
PROFESSIONALI**

**Allegato C**

**Rev.00**

**Pag. 7 di 13**  
19.4.2010

**2) STUDIO ASSOCIATO INFERMIERISTICO**

- Denominazione Studio Associato infermieristico
- Logo rilasciato da IP.AS.VI. su richiesta
- Cognome e Nome Referente
- N. iscrizione Albo
- Autorizzazione Delibera n. ....del.....Collegio di .....
- Indirizzo sede legale: Via, N. Civico, Comune
- Indirizzo sede operativa: Via, N. Civico, Comune
- Tel.
- C.F./P.IVA

**Fac simile carta intestata Studio Associato Infermieristico/Cooperativa sociale**

LOGO  
COLLEGIO  
Rilasciato  
su richiesta

**STUDIO ASSOCIATO** \_\_\_\_\_

Nome Referente.....N. Iscrizione Albo \_\_\_\_\_

Autorizzazione Delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Collegio di \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale: (Indicare: Via, N. Civico, Comune)

Indirizzo sede operativa: (Indicare: Via, N. Civico, Comune)

Tel \_\_\_\_\_

C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_



**CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA  
INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE  
IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI  
PROFESSIONALI**

**Allegato C**

**Rev.00**

**Pag. 8 di 13**  
19.4.2010

LOGO  
COLLEGIO  
Rilasciato  
su richiesta

**STUDIO ASSOCIATO** \_\_\_\_\_

Nome Referente.....N. Iscrizione Albo \_\_\_\_\_

Autorizzazione Delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Collegio di \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale: (Indicare: Via, N. Civico, Comune)

Indirizzo sede operativa: (Indicare: Via, N. Civico, Comune)

Tel \_\_\_\_\_

C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_



**CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA  
INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE  
IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI  
PROFESSIONALI**

**Allegato C**

**Rev.00**

**Pag. 9 di 13**  
19.4.2010

LOGO  
COLLEGIO  
Rilasciato  
su richiesta

**STUDIO ASSOCIATO** \_\_\_\_\_

Nome Referente ..... N. Iscrizione Albo \_\_\_\_\_

Autorizzazione Delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Collegio di \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale: (Indicare: Via, N. Civico, Comune)

Indirizzo sede operativa: (Indicare: Via, N. Civico, Comune)

Tel. \_\_\_\_\_

C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_



**CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA  
INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE  
IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI  
PROFESSIONALI**

**Allegato C**

**Rev.00**

**Pag. 10 di 13**  
19.4.2010

**Fac simile carta intestata Ambulatorio Infermieristico**

LOGO  
COLLEGIO  
Rilasciato  
su richiesta

AMBULATORIO INFERMIERISTICO \_\_\_\_\_

Nome Referente \_\_\_\_\_ N. Iscrizione Albo \_\_\_\_\_

Indirizzo: (Indicare: Via, N. Civico, Comune)

Tel \_\_\_\_\_

C.F. e P.IVA.....



**CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA  
INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE  
IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI  
PROFESSIONALI**

**Allegato C**

**Rev.00**

**Pag. 11 di 13**  
19.4.2010

LOGO  
COLLEGIO  
Rilasciato  
su richiesta

AMBULATORIO INFERMIERISTICO \_\_\_\_\_

Nome Referente \_\_\_\_\_ N. Iscrizione Albo \_\_\_\_\_

Indirizzo: (Indicare: Via, N. Civico, Comune)

Tel \_\_\_\_\_

C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_



**CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA  
INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE  
IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI  
PROFESSIONALI**


**Allegato C**

**Rev.00**

**Pag. 12 di 13**  
19.4.2010

LOGO  
COLLEGIO  
Rilasciato  
su richiesta

AMBULATORIO INFERMIERISTICO \_\_\_\_\_  
Nome Referente \_\_\_\_\_ N. Iscrizione Albo \_\_\_\_\_  
Indirizzo: (Indicare: Via, N. Civico, Comune) \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_  
C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_

	<p align="center"><b>CARATTERISTICHE BIGLIETTO DA VISITA, CARTA INTESTATA, TIMBRO, SITO INTERNET E INSERZIONE IN ELENCHI TELEFONICI E IN GIORNALI E PERIODICI PROFESSIONALI</b></p>	<p align="center"><b>Allegato C</b> <b>Rev.00</b> <b>Pag. 13 di 13</b> 19.4.2010</p>
---	---	--

## TIMBRO

Per quanto riguarda il timbro i dati da riportare sono gli stessi del biglietto da visita e della carta intestata.

### INSERZIONE ELENCHI TELEFONICI E GENERALI DI CATEGORIA

**Caratteristiche:**

- Spazio non superiore a 50 cm. Quadr.
- Caratteri e colori usuali
- Assenza di riquadri e sottolineature
- Logo Professionale
- Assenza di grafici o altri simboli
- Numero e data di autorizzazione del Sindaco o Regione.

### INSERZIONE IN GIORNALI E PERIODICI PROFESSIONALI

**Caratteristiche:**

- Spazio non superiore a 50 cm. Quadr.
- Grandezza caratteri non superiori a 8 mm.
- Caratteri e colori usuali
- Assenza di riquadri e sottolineature
- Logo Professionale
- Assenza di grafici o altri simboli
- Numero e data di autorizzazione del Sindaco o Regione.

## SITO INTERNET

**Caratteristiche**

- Denominazione Studio/Cooperativa sociale
- Nome del professionista
- Collegio di appartenenza
- Numero di iscrizione all'Albo
- Indirizzo sede legale
- Autodichiarazione di conformità del sito ai contenuti delle Linee Guida
- Indirizzo sede legale
- Registrazione sito su domini nazionali ed europei
- Divieto di contenere Banner pubblicitari
- Codice fiscale
- Partita IVA
- Logo professionale
- Assenza di grafici o altri simboli.