



Applicare Bollo Euro 16,00
ad eccezione dei certificati emessi in
regime di esenzione secondo i casi
espressamente previsti dalla Legge.

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara

RICHIESTA FORMALE EMISSIONE CERTIFICATO DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a Sig. / Sig.ra / Dott. / Dott.ssa

Nome _____ Cognome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Codice Fiscale _____

Carta Identità n. _____ Scadenza ____ / ____ / ____ Rilasciata da

CHIEDE a questo Ordine delle Professioni Infermieristiche l'emissione del certificato di iscrizione all'Albo Professionale consapevole che il documento non potrà essere prodotto agli organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi.

DICHIARA (ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445) che sono ancora validi i requisiti necessari all'iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche.

DICHIARA di essere in regola con i pagamenti delle tasse annuali dell'Ordine (anno in corso e precedenti).

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 DPR 445/20 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

In relazione all'Informativa **Iscritti** sul Trattamento dei Dati Personali da Lei messi a disposizione all'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA, si informa che questi verranno trattati per rispondere alle specifiche finalità connesse al presente documento; quindi, saranno utilizzati per **RILASCIO CERTIFICATO DI ISCRIZIONE**. Il trattamento dei Suoi Dati Personali verrà effettuato mediante idonei strumenti cartacei, elettronici e/o telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e, comunque, in modo tale da garantire la sicurezza e riservatezza dei Dati stessi. Il materiale raccolto sarà utilizzato esclusivamente per le finalità sopra indicate. I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati ad eventuali soggetti che forniscano all' ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA prestazioni o servizi strumentali alle finalità sopra indicate. I Suoi Dati Personali saranno trattati per il tempo necessario all'esecuzione delle finalità sopra indicate e verranno conservati per il tempo necessario o secondo termini di legge.

Diritti: accesso, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, limitazione dei dati personali trattati, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti; avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento.

Il Titolare del trattamento dei Suoi Dati è ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA con sede legale in Via Massa Avenza 38D, 54100 Massa, MASSA CARRARA (MS), nella persona del Presidente Luca Fialdini. Qualsiasi richiesta relativa ai dati personali trattati dall'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA potrà essere inviata presso la sede operativa dell'Ordine, oppure scrivendo all'indirizzo di posta elettronica privacy@opimassacarrara.it. Il Responsabile della Protezione dei Dati Personali di ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA è contattabile presso l'indirizzo email dpo@qmsrl.it

Massa, ____ / ____ / ____

L'iscritto/a

SEDE LEGALE E OPERATIVA: Via Massa Avenza 38D int. 205 – 54100 Massa
telefono 0585 620484; - CF: 83004300451

www.opimassacarrara.it - info@opimassacarrara.it - PEC massacarrara@cert.ordine-opi.it