



Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Savona

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a il _____ a _____ (_____) Nazione _____

Codice Fiscale

Residente a _____ PROV _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Cellulare n. _____

E-mail _____ @ _____ . _____

CHIEDE

la variazione del proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata (e-mail PEC) presente in Albo unico nazionale:

e-mail PEC, attualmente presente in Albo _____

e-mail PEC, aggiornata _____

Dichiara ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri.

Savona, li _____

Il/La richiedente _____

(firma per esteso e leggibile)

Privacy Reg. UE 679/2016 (GDPR). Informativa completa, relativa alla protezione ed al trattamento dei dati personali, presente sul sito www.opisavona.it , o presso l'ufficio dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Savona, via Verzellino 73/R, 17100 Savona negli orari di apertura al pubblico.