



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Savona

**CONFERIMENTO DELEGA PER LA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA E
RITIRO CERTIFICATO D'ISCRIZIONE
ALL'ALBO PROFESSIONALE**

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

DELEGA IL/LA SIG./SIG.RA:

Cognome Nome _____ nato/a a _____ Prov. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n° _____

A PRESENTARE LA RICHIESTA E RITIRARE PER PROPRIO CONTO IL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE DELL'OPI DI SAVONA.

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità del delegante e del delegato.

Firma del titolare del certificato
(delegante)

Firma del delegato

Delegato identificato con documento di riconoscimento _____

Emesso da _____ in data _____

Data

Firma impiegato/a addetto/a

Modulo rev. 2 del 19.03.2024



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Savona

**CONFERIMENTO DELEGA PER LA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA E
RITIRO CERTIFICATO D'ISCRIZIONE
ALL'ALBO PROFESSIONALE**

Manifestazione di consenso al Trattamento dei Dati Personali: dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sempre aggiornata e reperibile presso i nostri uffici e sul sito dell'Ordine (link: <https://www.opisavona.it/privacy-policy/>) ai sensi dell'Art. 13 D.lgs. 196/2003 così come modificato dal D.lgs 101/2018 e in ottemperanza del Reg. UE 679/2016 (GDPR), oltre a quelle contenute nelle Condizioni generali di Contratto "Posta Elettronica Certificata" e presto quindi libero specifico consenso informato al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate. Dichiaro, altresì, di essere consapevole che in mancanza di rilascio del presente consenso a tale trattamento non potranno trovare applicazione le disposizioni sopra descritte e l'erogazione del servizio qui richiesto.

Modulo rev. 2 del 19.03.2024

Via Verzellino, 73r – 17100 Savona - telefono 019810658 – CF: 80023360094
segreteria@pec.opisavona.it – segreteria@opisavona.it – www.opisavona.it