Ordine delle Professioni Infermieristiche di Savona

MODULO VARIAZIONE E-MAIL PEC

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/ COMUNICA

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 _____

*nel caso di casella PEC fornita da OPI Savona, come specificato all' interno delle condizioni di fornitura, questa verrà disattivata, trascorsi **15** giorni dalla data di compilazione del presente modulo.

Si evidenzia che la responsabilità del backup dei contenuti della casella PEC è di esclusiva pertinenza dell'iscritt* titolare della medesima.

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, lì_____ Il/La richiedente_____

(*firma per esteso e leggibile*)

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