

Marca da Bollo
€ 16,00

Richiesta Certificato

Spett.le
Ordine delle Professioni Infermieristiche
Via Oltrecolle,73
22100 COMO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
codice fiscale _____
iscritto all'Albo professionale con il n. _____ dal _____

CHIEDE
(barrare la relativa casella)

- ☐ l'emissione di n. _____ CERTIFICATO/I di iscrizione all'Albo in bollo
- ☐ l'emissione di n. _____ CERTIFICATO/I di iscrizione all'Albo in bollo per l'estero
- ☐ l'emissione di n. _____ CERTIFICATO/I di assolvimento del fabbisogno formativo individuale per il triennio/i: _____
- ☐ il CERTIFICATO è esente bollo come da D.P.R. n. 642 del 26 ottobre 1972 e successive modificazioni: (indicare la norma di esenzione ovvero l'uso di destinazione)

Luogo, data _____

Clausola sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR):

I dati personali conferiti con il presente modulo, già acquisiti o di nuova raccolta, sono trattati dall'Ordine Professionale in qualità di Titolare del trattamento esclusivamente per le medesime finalità istituzionali per le quali è stata resa l'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR in sede di iscrizione all'Albo. Il trattamento avviene nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, con modalità cartacee e/o informatiche, e nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa vigente. L'interessato conserva i diritti previsti dagli articoli 15 e seguenti del GDPR".

Firma _____

Allegati:

- ☐ Marca da bollo € 16,00 da applicare sul certificato
- ☐ fotocopia documento d'identità