Cancellai dati

Stampail modulo

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Potenza

AGGIORNAMENTO DATI DI IDENTIFICAZIONE

Autocertificazione ai sensi della legge n. 15 del 04/01/1968, Artt. 2 e 10

Autorizzazione al trattamento dei dati

_l_ sottoscritt_____

nat a_____ il_____

codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Attuale residenza

Indirizzo: _____

Citta': _____ CAP _____

Attuale domicilio

Indirizzo: _____

Citta': _____ CAP _____

Indirizzo corrispondenza

Indirizzo: _____

Citta': _____ CAP _____

○ Coniugat ○ Celibe/Nubile ○ Vedov ○ Separat ○ Divorziat ☐ Pensionat

Numero di telefono_____ Numero cellulare _____

Indirizzo posta elettronica _____

Indirizzo PEC _____

Luogo di lavoro (*) _____

Titolo di studio _____

Titolo superiore _____

Specializzazione_____

Qualifica_____ ○ Disoccupato ○ Dipendente ○ Libera Professione

Autorizzo

L'O.P.I. di Potenza al trattamento dei dati secondo il Decreto Legge 196/2003 (Privacy)

Potenza, li' _____ In fede _____

(per esteso e leggibile)

(*) Denominazione e luogo della struttura di cui si è dipendenti