

MODULO di COMUNICAZIONE **INDIRIZZO P.E.C.** (Posta Elettronica Certificata)

(ai sensi del D.Lgs. n. 185/2008, conv. Legge n. 2/2009)

Al Presidente dell'OPI di Latina

Spazio riservato alla Segreteria

Consegnato allo sportello il _____

Firma di chi riceve l'istanza _____

Il/La sottoscritto/a _____
(nome e cognome)

nato a _____ il _____
(luogo di nascita) (giorno, mese, anno)

Cellulare _____ residente in _____

Via/Piazza _____ numero civico _____

Prov. _____ Cap _____ e-mail _____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art.76 D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.46 D.P.R. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

**-Che è consapevole che la PEC personale di seguito comunicata verrà comunicata alla FNOPI ed alle Autorità competenti che il proprio indirizzo PEC è il seguente:
-di essere in possesso della seguente Pec:**

_____ @ _____

(scrivere in stampatello)

Il/La sottoscritto/a s'impegna, altresì, a comunicare tempestivamente a codesto Ordine ogni eventuale variazione del predetto indirizzo PEC che dovesse intervenire nel corso del tempo.

Il/La sottoscritto/a prende altresì atto che la variazione verrà effettuata dall'Ordine nei termini di legge previsti a partire dal ricevimento della suddetta comunicazione.

Il presente modello è consegnato (indicare con una la modalità prescelta):

a mezzo consegna diretta alla segreteria dell'Ordine previa identificazione dell'iscritto

a mezzo pec/ e-mail/ fax

a mezzo raccomandata.

NB: In caso di invio tramite FAX o RACCOMANDATA ovvero di consegna allo sportello dell'Ordine da persona diversa dal firmatario è obbligatorio allegare, a pena di irricevibilità, fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma Leggibile

Compilare SOLO se necessario

Il/la sottoscritto/a.....

INOLTRE CHIEDE

la chiusura definitiva della PEC in convenzione con OPI di LATINA a me intestata e sotto riportata, consapevole che i dati in essa contenuti non sono più recuperabili (compilare in stampatello):

_____ @pec.ipasvilatina.it

_____ @pec.opilatina.it

Data _____

Firma _____

Ai sensi e per gli effetti del disposto dal D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003 la sottoscrizione del presente modello autorizza al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità ivi indicate ed in conformità alle norme legislative e regolamenti vigenti e applicabili. Dichiara altresì di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti all'art. 7 del succitato Decreto, tra i quali quello di ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo/la riguardano, l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati presenti nonché la cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi presso la segretaria dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina (OPI di Latina), in persona del suo Presidente e legale rappresentante pro-tempore in qualità di Titolare del trattamento dati personali ai sensi e per effetti della vigente normativa in materia.

Data, _____

Firma _____