

**Al Presidente**  
**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina (OPI di Latina)**

V.le Pier Luigi Nervi 228 – scala P  
04100 LATINA (LT)

..l.. sottoscritt.. (cognome) \_\_\_\_\_  
 (nome) \_\_\_\_\_ Coniugata con \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_  
 residente a (città – Nazione) \_\_\_\_\_  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
 Domiciliato in Italia (Città) \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
 Recapito telefonico \_\_\_\_\_ @mail \_\_\_\_\_  
 Sede di lavoro \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritt... all'Albo Professionale degli

< > **Infermieri** < > **Infermieri Pediatrici**

tenuto dal su intestato OPI.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445) in caso di falsità e mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazioni che non risultassero veritiere (Art. 75 DPR 445/2000)

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n. 445

**(barrare e compilare solo le caselle che interessano)**

- Di essere nat... a \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- Di essere residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tel. (abitazione) \_\_\_\_\_ Tel. (lavoro) \_\_\_\_\_  
 Cell. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_
- Di essere cittadino/a \_\_\_\_\_
- Di godere dei diritti civili (*in caso negativo non barrare la casella e specificare nello spazio*)
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio abilitante all'esercizio della professione di:
- Infermiere  
 Infermiere Pediatrico  
 ( barrare **solo** la casella che interessa )
- conseguito in data \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_  
 presso la Scuola/Università \_\_\_\_\_  
 (sede di \_\_\_\_\_)
- Di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato il \_\_\_\_\_ dalla  
 Questura di \_\_\_\_\_

- Di aver presentato regolare domanda di permesso di soggiorno/carta di soggiorno per motivi di lavoro subordinato alle autorità competenti e di aver sottoscritto il contratto di soggiorno
- Di **non** aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di patteggiamento della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. – *cosiddetto patteggiamento*) (In caso positivo non barrare la casella, ma indicare l’Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante) \_\_\_\_\_
- Di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente
- Di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- Di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso di partita I.V.A. n. \_\_\_\_\_
- Di non essere *attualmente* iscritto ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) d’Italia (in caso positivo indicare quale) \_\_\_\_\_
- Di non essere stato *precedentemente* iscritto a questo o ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) d’Italia (in caso positivo indicare quale) \_\_\_\_\_

Latina, \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_  
**(La presente dichiarazione non necessita della autenticazione della firma)**  
**N.B. la firma va apposta in presenza dell’Impiegata**

**Allega:**

- 1 marca da bollo vigente;
- n° 3 fotografie formato tessera uguali e recenti;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di studio abilitante alla professione sanitaria
- Fotocopia autenticata del Permesso o della Carta di soggiorno valido all’originale oppure in sua sostituzione, solo per gli infermieri stranieri in attesa del permesso/carta di soggiorno per motivi di lavoro subordinato, copie della ricevuta attestante l’avvenuta presentazione della richiesta del permesso/carta di soggiorno rilasciata dall’Ufficio postale abilitato, del modello di richiesta di permesso di soggiorno rilasciato dallo Sportello Unico per l’Immigrazione e del contratto di soggiorno
- Fotocopia Carta d’identità;
- Fotocopia del codice fiscale;
- Ricevuta versamento €107,10 sul c/c postale n.16887044 – intestato a Collegio IPASVI di Latina – Servizio Tesoreria Causale “Prima iscrizione Albo professionale” ; - **Il pagamento dovrà essere effettuato dopo il rilascio del parere favorevole da parte del Ministero della Salute.**
- Ricevuta versamento €168,00 sul c/c postale n.8003 – intestato a: Agenzia delle entrate – Tasse e Concessioni Governative - Causale: “Prima iscrizione Albo professionale” – **Il pagamento dovrà essere effettuato dopo il rilascio del parere favorevole da parte del Ministero della Salute.**
- Modulo Adesione PEC (Posta Elettronica Certificata) –MODULO A
- Modulo Comunicazione Pec (MODULO B)

Latina, \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_  
 (La presente dichiarazione non necessita della autenticazione della firma)  
 N.B. la firma va apposta al OPI in presenza dell’Impiegata

**AVVERTENZA:** Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 DPR 445/2000)

.....

**Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI di Latina),**  
**VIALE P.L. NERVI 228 SCALA P**  
04100 LATINA (LT)  
TEL. 0773601367- FAX 0773624633  
Sito WEB: <http://www.ipasvilatina.it>

Dichiarazione sostitutiva della  
**CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO**

(Art.46-lettera l,m,n-D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La Sottoscritto/a .....  
nato/a .....il .....  
residente a .....in .....  
n°.....

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000.

**DICHIARA**

con riferimento alla domanda di iscrizione all'albo presentata all' Ordine delle Professioni Infermieristiche **di Latina** (OPI di Latina) in data \_\_\_\_\_:

di avere il Titolo di studio:

• Laurea/Diploma in \_\_\_\_\_  
conseguita/o in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ presso Università/Scuola \_\_\_\_\_

con il seguente punteggio\_\_\_\_\_.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Data .....

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

*Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

# Per i nuovi iscritti

## POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

### LA PEC NON VA ASSOLUTAMENTE CONFUSA CON I “TRADIZIONALI” INDIRIZZI ORDINARI DI POSTA ELETTRONICA.

Ti informo che, in adempimento al disposto dall'art. 16, comma 7, Legge 28.01.2009 n. 2, (GU del 28/1/2009 supplemento ordinario n. 14/L), sussiste **l'obbligatorietà** di tutti i professionisti iscritti ad un Albo Professionale di acquisire un indirizzo PEC e di comunicarlo, al proprio OPI di appartenenza. La PEC (Posta Elettronica Certificata) è un sistema che consente di inviare e-mail con **valore legale equiparato ad una raccomandata in plico con ricevuta di ritorno** garantendo, quindi, l'opponibilità a terzi dell'avvenuta consegna.

**Nel caso in cui si volesse attivare la PEC GRATUITAMENTE offerta dall' Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI di Latina), compilare il modulo di adesione sottostante (MODULO A) e consegnarlo alla segreteria dell' offerta dall' Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI di Latina), unitamente alla domanda d'iscrizione .**

**L'indirizzo PEC con i link utili per la procedura di attivazione verranno comunicati all' indirizzo ordinario di Posta Elettronica (non PEC) indicato nel modulo di adesione trascorsi circa 15 giorni dalla delibera di avvenuta iscrizione.** Qualora, entro il termine predetto, non dovesse pervenire la e-mail di attivazione, contattare telefonicamente la segreteria dell' OPI di Latina .

Qualora invece, **NON** si volesse attivare GRATUITAMENTE la PEC offerta dall' Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI di Latina),, la si dovrà acquisire **autonomamente** mediante uno dei gestori PEC accreditati presso l'Agenzia per l'Italia Digitale sul sito:<http://www.agid.gov.it/infrastrutture-sicurezza/pec-elenco-gestori>. **In questo caso si avrà l'obbligo di comunicare la PEC (compilando il MODULO B), all'atto della domanda di iscrizione, a pena di sospensione della domanda stessa.**

## MODULO A



**La Pec verrà disattivata in caso di cancellazione o trasferimento ad altro OPI D'ITALIA.**

### Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a Il \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
In Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Iscritto all' Ordine delle Professioni infermieristiche di Latina \_\_\_\_\_ in qualita' di (infermiere/infermiere pediatrico) \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

#### DICHIARA

- che i dati sopra indicati sono corretti e veritieri;
- di essere al corrente che l' Ordine delle Professioni infermieristiche di Latina ha stipulato con la società Aruba PEC S.p.A un contratto avente ad oggetto la fornitura di servizi di Posta Elettronica Certificata (PEC), i cui costi saranno esclusivamente a carico dell' Ordine delle Professioni infermieristiche di Latina, in base al quale è data facoltà all'iscritto di attivare un indirizzo di PEC;
- di essere interessato all'assegnazione in uso della casella di Posta Elettronica Certificata (PEC), composta da:

**nome.cognome[suffisso numerico]@pec.opilatina.it**  
**il suffisso numerico verrà utilizzato in caso di omonimia**

avvalendosi dell'attivazione del servizio di PEC offerto gratuitamente dall' Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina, per il tramite di Aruba PEC S.p.A.;

- di aver preso chiara ed esatta visione e di accettare espressamente, mediante la sottoscrizione del presente documento, i termini e le condizioni indicate nelle **Condizioni di erogazione Servizi di Posta Elettronica Certificata – Cliente Partner versione 3.3** allegate al presente modulo e nel Manuale Operativo per la fornitura di servizi Aruba PEC, disponibili alla pagina presente al link <https://www.pec.it/termini-condizioni.aspx>, che si devono intendere qui integralmente riportati e trascritti.

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., il Sottoscritto dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le seguenti clausole delle **Condizioni di erogazione Servizi di Posta Elettronica Certificata □ Cliente Partner □ versione 3.3**: 2) Struttura del Contratto e ordine di prevalenza; 4) Perfezionamento del Contratto; 5) Durata del Contratto e cessazione; 6) Attivazione del Servizio, erogazione, durata, rinnovo e cessazione; 8) Requisiti; 9) Caratteristiche del Servizio; 13) Obblighi e limitazioni di responsabilità di Aruba Pec; 14) Obblighi e diritti del Cliente Partner; 15) Sospensione del Servizio; 19) Ultrattività; 21) Clausola risolutiva espressa – risoluzione per inadempimento– condizioni risolutive; 22) Recesso; 24) Modifiche al Contratto e/o alle Policy Aruba Pec; 25) Miscellanea; 26) Legge applicabile e foro competente; 27) Rinvio al Manuale Operativo.

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

#### Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'Informativa dell'art. 13 legge del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") contenuta nelle Condizioni Generali di Contratto "Posta Elettronica Certificata" presto il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità ivi indicate.

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**Il modulo, debitamente compilato e firmato, dovrà essere allegato alla domanda di iscrizione all'albo professionale.**

**MODULO B**

**SOLO PER COLORO CHE AVESSERO ATTIVATO UN INDIRIZZO PEC**  
**NON Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI di Latina)**

-

**COMUNICAZIONE indirizzo di Posta Elettronica Certificata**

Al Presidente  
Ordine delle Professioni Infermieristiche  
(OPI di Latina)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ in riferimento alla domanda di iscrizione  
all'Albo Professionale presentata all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina (OPI di Latina) in data  
\_\_\_\_\_ in qualità di (n.b specificare infermiere, infermiere pediatrico) \_\_\_\_\_  
comunica, in adempimento al disposto dell'art.16 comma 7 legge 28.01.2009 (G.U del 28.01.2009 Supplemento Ordinario  
14/L), di essere in possesso del seguente indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata):

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Latina, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

Recapito telefonico per eventuali contatti \_\_\_\_\_.

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 (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.

Latina, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

**E' possibile consultare l'elenco pubblico dei gestori PEC accreditati presso l'Agenzia per l'Italia Digitale sul sito:<http://www.agid.gov.it/infrastrutture-sicurezza/pec-elenco-gestori>.**

*Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina*

**INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO**  
**DATI RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO**  
(ex art. 13 GDPR 2016/679)

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **Ordine Delle Professioni Infermieristiche di Latina**, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **Ordine Delle Professioni Infermieristiche di Latina**

Sede: **Viale Pier Luigi Nervi, 228 - 04100 Latina LT, IT**

Contatti e recapiti:

PEC	latina@ordine.cert-opi.it
Telefono	0773-601367

Potrà inoltre rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati per avere informazioni e inoltrare richieste circa i suoi dati o per segnalare disservizi o qualsiasi problema eventualmente riscontrato.

I Titolari del Trattamento **Ordine Delle Professioni Infermieristiche di Latina** hanno nominato Responsabile della Protezione dei Dati **Bergamini Pietro** che potrà contattare ai seguenti recapiti:

Responsabile della Protezione dei Dati: **Bergamini Pietro**

Sede: **Viale P.L. Nervi, 228 - 04100 Latina LT, IT**

Contatti e recapiti:

PEC	pietro.bergamini@pec.ipasvilatina.it
Telefono	0773-601367
email	ragbergamini@gmail.com

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Adempimenti connessi alle attività di Ordini e Collegi professionali	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Origini razziali; Dati relativi a condanne penali e reati; Istruzione e cultura; Certificati di qualità professionali; Indirizzo e-mail; Provincia di residenza; Professione dichiarata; Sesso m/f; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.); Immagini	Il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento - Norma Unione Europea (GDPR 2016/679) Il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare.

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

#### **Categorie di destinatari:**

Uffici giudiziari anche per l'accesso al casellario giudiziario, enti locali, altre Pubbliche Amministrazioni, Forze di Polizia (in particolar modo il Nucleo Nas Sanità per obblighi inerenti alle posizioni degli iscritti), organi istituzionali (Consiglio Direttivo), altri Ordini e Collegi Professionali e FNOPI, Trasferimento ad altri ordini professionali (al di fuori del territorio nazionale su richiesta dell'iscritto), Istituzioni ed associazioni di formazione professionale per la formazione obbligatoria, società ed imprese per il supporto nella gestione degli adempimenti discendenti dalle normative di settore o per altre iniziative connesse all'attività dell'Ordine.

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- La durata del trattamento è determinata come segue: l' OPI di Latina, conserverà i dati degli interessati in una forma che consenta l'identificazione degli stessi per un arco temporale non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti. I dati strettamente necessari per gli adempimenti fiscali, contabili, venuta meno la finalità per la quale erano stati raccolti, verranno comunque conservati secondo le disposizioni di legge. I dati sono conservati secondo l'art. 18 GDPR 2016/679 per consentire l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria oppure per tutelare i diritti di un'altra persona fisica o giuridica o per motivi di interesse pubblico rilevante dell'Unione o di un altro Stato Membro.
- ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la



rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento

- Ha diritto alla portabilità dei dati che la riguardano
- se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento
- ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la protezione dei dati personali

Inoltre,

ha l'obbligo legale di fornire i suoi dati altrimenti è soggetto a sanzioni come previsto dalla normativa

Il Titolare del Trattamento  
**Ordine Delle Professioni Infermieristiche di Latina**

**DA COMPILARE E RESTITUIRE UNITAMENTE ALLA  
DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO.**



**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina**

Raccolta del consenso  
presso l'interessato

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome

\_\_\_\_\_

Codice Fiscale

\_\_\_\_\_

Luogo di nascita

\_\_\_\_\_

Data di nascita

\_\_\_\_\_

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Ordine Delle Professioni Infermieristiche di Latina secondo le finalità riportate di seguito:

Adempimenti connessi all'iscrizione all'albo professionale e versamento delle quote.

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:

Adempimenti connessi all'iscrizione all'albo professionale e versamento delle quote.

Su Mia richiesta i miei dati possono essere trasferiti agli ordini professionali di paese UE e Extra UE.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

**Immagini (Dati sensibili); Origini razziali (Dati sensibili)**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati Membri, che deve essere proporzionato alla finalità perseguita, rispettare l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevedere misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e di interessi dell'interessato .

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli relativi a condanne penali e reati (art. 10 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

**Dati relativi a condanne penali e reati**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti alle categorie suddette è possibile poiché ricade nelle condizioni previste dalla citata norma e:

Autorizzazioni generali del Garante 7/2013 sul trattamento dei dati giudiziari. Il trattamento non è svolto sotto il controllo dell'Autorità Pubblica.

Località e data: \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_