

**Al Presidente pro-tempore
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina**

NOTA IMPORTANTE:

Il presente modulo va trasmesso a mezzo fax 0773624633 od a mezzo pec: latina@cert.ordine-opi.it (**SOLO** da indirizzi PEC). **In entrambi i casi unita mente ad una copia del documento di riconoscimento.** Qualora **non** aveste notificato al proprio Ordine **l'inizio della attività libero professionale** si prega di provvedere mediante l'utilizzo della modulistica nella SEZIONE - LIBERA PROFESSIONE del sito istituzionale di questo Ordine.

Oggetto: **autorizzazione alla pubblicazione dei dati personali ai fini professionali.**

Con la presente **AUTORIZZO** l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina nella persona del presidente pro-tempore, ai sensi della vigente normativa, alla pubblicazione, sul sito ufficiale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina (OPI di Latina) nella sezione LIBERA PROFESSIONE, dei seguenti dati personali per finalità professionali:

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ Cap. _____ Città _____

Numero di telefono fisso _____ Numero Cellulare _____

E-mail _____ Pec _____

Cordiali saluti.

Latina, _____

Firma

..... _____