

**DELEGA PER RILASCIO ATTESTAZIONE ECM**

Il /la sottoscritto/a .....

nato a ..... il giorno .....

**DELEGA il / la Sig. / Sig.ra:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ sesso  M  F

nato / a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ nazione di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

a PRESENTARE E RITIRARE LA RICHIESTA **DELL'ATTESTAZIONE ECM.**

**SI ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGANTE**

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Firma del titolare dell'attestazione (delegante)**

**Firma del delegato**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA OPI DI LATINA \*\*\*\*\*

Delegato Identificato con documento di riconoscimento .....

Emesso da ..... il giorno .....

Data .....

Firma Impiegato addetto .....

\*\*\*\*\*