

**DELEGA PER RILASCIO CERTIFICAZIONE ECM – ASSOLVIMENTO FABBISOGNO
TRIENNIO _____**

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 DELLA CERTIFICAZIONE 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 del certificato (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
