

**Modello 01**  
**Per la richiesta di nulla osta per comunicazione pubblicitaria**

Spett. OPI di.....

Via.....

CAP ..... Città.....

**GENERALITA DEL RICHIEDENTE**

Lo Studio Associato .....

La Cooperativa .....

con sede a ..... in via .....

Il cui referente infermieristico è il Dott./Sig./ra .....

Il/La sottoscritto/a Libero/a Professionista/Titolare dello Studio Infermieristico Individuale Nome e Cognome.....

Nato/a a ..... ii .....

Residente a ..... in via .....

Telefono ..... Fax ..... E-mail .....

Partita IVA .....

Iscritto all'O.P.I. Di ..... dal.....n° .....

**CHIEDE IL NULLA OSTA ALLA PUBBLICITA SANITARIA**

per il seguente intervento:

-> Esposizione targa pubblicitaria nel Comune di .....

-> Inserzione su elenchi telefonici e generali di categoria

-> Timbro

-> Siti Internet e posta elettronica

-> Periodici professionali/periodici di informazione/quotidiani

Allega all'uopo:

il testo pubblicitario per il quale si richiede il nulla osta

il fac simile inerente all'intervento richiesto

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Informativa sulla privacy**

***Ai sensi dell'art.13 del Digs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento Europeo 2016/679, i dati e le informazioni richieste verranno trattati***

***esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che la interessano e l'esercizio dei connessi diritti e obblighi.***

***I Suoi dati non saranno diffusi. Fermo restando il divieto di cui all'art 26 comma 5 del Digs 196/2003, i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell' Ente, nei limiti stabiliti da Leggi o regolamenti.***

***In ogni momento la S.V. potrà accedere a tali dati chiedendone la modifica o l'aggiornamento.  
Titolare del trattamento è il Presidente pro-tempore in carica dell'OPI di Latina***

***Luogo ..... Data ..... Firma .....***