

**Marca da
Bollo
€ 16,00**

Spett.le Ordine delle Professioni
Infermieristiche - OPI Pordenone
Piazzetta Ado Furlan 2
33170 Pordenone

Il/La sottoscritto/a _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero dichiara :

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente in _____

Via _____ n. _____

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo Professionale (specificare la qualifica) _____

per (indicare la motivazione) _____.

A tal fine dichiara che non svolgerà più la relativa attività professionale né quale libero professionista né quale lavoratore dipendente nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati, né quale volontario.

Allega:

- 1. fotocopia ricevuta pagamento relativa alla quota dell'anno in corso e dell'anno precedente.**
- 2. fotocopia carta di identità.**
- 3. tessera di iscrizione al Collegio IPASVI/all'OPI.**

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Pordenone, nella sua qualità di Titolare del trattamento, desidera fornirle alcune informazioni sul trattamento dei dati personali raccolti con il presente modulo e gestiti nel contesto del relativo Procedimento. I dati saranno trattati per fini istituzionali, per gestire gli adempimenti istruttori ed amministrativi relativi alla sua istanza o previsti nel presente Procedimento e per adempiere a prescrizioni previste dalla legge. I trattamenti sopra descritti sono leciti ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. B e C del GDPR. Per maggiori informazioni sui soggetti terzi che potrebbero trattare i Suoi dati, tempi di conservazione, dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati (DPO) nonché per esercitare i diritti ex. Art. 15 e seguenti del GDPR, si prega di prendere visione dell'Informativa fornita in sede di iscrizione all'Albo e comunque sempre disponibile presso la segreteria e sul sito web istituzionale ([INFORMATIVA-SUL-TRATTAMENTO-DEI-DATI-PERSONALI—ISCRITTI-ALL'ALBO.pdf](#)).

_____, li _____.

Firma

NB: Si ricorda che la domanda di cancellazione va presentata entro il 30 NOVEMBRE di ogni anno.

Coloro che all'01 gennaio saranno iscritti all'Albo dovranno provvedere al pagamento della quota di iscrizione per l'intero anno.