Dichiarazione sostitutiva
dell'atto di notorietà

(Art. 46-47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a_____

nato/a a_____Provincia di_____ Stato _____ il

____/_____/_____ e residente a_____Provincia di_____

Stato _____ in Via_____n°_____ , c.a.p. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46- 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

dichiara

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

_____ _____

Data **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEI DATI IN APPLICAZIONE DEL REG. UE 679/2016.

Io sottoscritt _____

Codice fiscale: _____

dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sull'uso dei miei dati personali e, a tal fine, essendomi stato espressamente ed esaustivamente spiegato ogni punto della medesima ed avendo io integralmente compreso tutto quanto in essa contenuto, privo di qualsiasi dubbio in merito,

A U T O R I Z Z O

l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di FERMO, con sede in FERMO alla via Liguria n. 5, P. Iva: 02088540444, Tel: 0734612004, email: info@opifermo.it, all'utilizzo dei miei dati, anche sensibili e/o giudiziari, limitatamente a quanto necessario per l'effettuazione dei servizi indicati della nota informativa consegnatami;

□ Presto il consenso

□ Nego il consenso

al trattamento e conservazione, nei propri archivi cartacei e informatici, dei dati necessari all'effettuazione dei servizi indicati della nota informativa consegnatami, anche a mezzo di trattamenti automatizzati compresa la profilazione al fine di individuare e offrire servizi più adatti alle mie esigenze;

□ Presto il consenso

□ Nego il consenso

alla ripresa audio-visiva di immagini durante lo svolgimento dei corsi, nonché allo scatto di foto e conseguente eventuale pubblicazione sul sito internet dell'Ordine e/o di altro genere sempre comunque inerente l'ambito dei servizi da esso svolti;

PRESTO IL CONSENSO

a che l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di FERMO, con sede in FERMO alla via Liguria n. 5, P. Iva: 02088540444, Tel: 0734612004, email: info@opifermo.it , ponga in essere le attività sopra descritte e per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento.

Fermo lì

Firma per rilascio del consenso: _____