RICHIESTA PER RILASCIO DI CERTIFICAZIONE

Marca da bollo
€ 16,00

All'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Fermo
Via Liguria, 5
63900 Fermo

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a_____Prov. _____ il _____

residente a_____cap _____

Via/Piazza _____ n._____

cell. _____ e-mail _____PEC_____

iscritt. al'Albo _____ dell' OPI di Fermo , al N. _____

D IC H I A R A

- Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.15 della legge 183/2011, non possono più essere rilasciati e accettati certificati da produrre a pubbliche amministrazioni e/o ai gestori di pubblici servizi e che in questi casi si deve provvedere all'autocertificazione;
- Di essere a conoscenza che i certificati devono essere ordinariamente rilasciati in bollo con marca da €.16,00, salvo ricorra una delle ipotesi di esenzione del bollo previste dalla normativa vigente (vedi tabella all. B al D.P.R. 642/1972);
- Di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt.75 e 76 del DPR 445/2000;
- Di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (Regolamento UE 2016/679);

C H I E D E

Ai fini _____

Il rilascio di copie N. _____

- ☐ Certificato di iscrizione all'Albo in carta libera
- ☐ Certificato di iscrizione all'Albo in bollo

Dichiara inoltre di essere esente dall'applicazione del bollo in quanto il certificato viene richiesto per i seguenti motivi:

_____

_____

L'esenzione è prevista per la seguente normativa:_____

Tale esenzione dovrà essere riportata nel certificato.

FERMO IL , _____ IL/LA DICHIARANTE _____

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)

N.B. La Firma va apposta presso la Segreteria dell'Ordine in presenza dell'impiegato/a
Qualora la domanda venga inviata via posta, allegare copia di un documento di identità

Allegati:

- ☐ n.2 Marche da bollo € 16,00 (tranne nei casi di esenzione)
- ☐ fotocopia documento d'identità

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: 0734 612004, 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: _____