

**CONFERIMENTO DELEGA PER LA
PRESETAZIONE DELLA RICHIESTA E RITIRO
CERTIFICATO/I**



Il/La sottoscritto/a
Nato/a a Provincia il
Residente in
Provincia Piazza/Via n°
Codice Fiscale

DELEGA il/la Sig./Sig.ra

Nome Cognome
Nato/a a Provincia il
Residente in
Provincia Piazza/Via n°

A presentare la richiesta del/i certificato/i e ritirare in mio e per mio conto il/i certificato/i di iscrizione all'albo professionale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Frosinone da me richiesto/i.

> ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO VALIDO 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 DELL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI FROSINONE

Delegato Identificato con documento di riconoscimento
Emesso da il giorno
Data
Firma Impiegato addetto