

PRESENTAZIONE DELLA CANDIDATURA SINGOLA PER IL RINNOVO DEGLI ORGANI DELL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BOLOGNA

Il (giorno/mese/anno) _____

- Si inoltra via PEC all'indirizzo di OPI Bologna (bologna@cert.ordine-opi.it) alle ore _____,
- Viene depositata, presso la sede di OPI Bologna, sita in Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B – 40138 Bologna, alle ore _____,

la seguente **candidatura (singola)** per il rinnovo degli Organi dell'OPI di Bologna:

Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

- Consiglio Direttivo
- Commissione d'Albo Infermieri
- Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici
- Collegio dei Revisori dei Conti

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

DATI E FIRME DEI/DELLE SOSTENITORI/TRICI

1) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

2) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

3) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

4) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

5) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

6) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

7) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

8) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

9) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

10) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

11) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

12) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

13) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

14) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

15) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Confermo di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, resa ai sensi del Reg. UE n. 679/2016

Firma autografa: (se la lista è presentata a mano, la firma è da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

Si conferma, in caso di inoltro via PEC, di allegare copia (ben definita e visibile) di entrambe le facciate del documento di identità in corso di validità del/della candidato/a e di ciascun/a firmatario/a, con FIRMA LEGGIBILE

Il presente modulo è composto da 9 pagine e non può né deve essere modificato in alcun modo.