

MODULO DISDETTA LIBERA PROFESSIONE

Spett.le Consiglio Direttivo
Dell'OPI di Modena

Oggetto: Notifica termine esercizio libera professione

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Iscritto all'Albo _____ (specificare IP-AS-VI) al n. _____, comunica che dal _____

ha terminato l'attività di Libero Professionista.

Data _____

Firma

Informativa sulla privacy

Titolare del Trattamento è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Modena, Viale G. Amendola 264, Tel.059.218519 segreteria@opimodena.it nella persona del legale rappresentante pro-tempore.

L'OPI di Modena tratta i Suoi dati ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg.to EU 2016/679 per finalità istituzionali, adempimenti contrattuali e obbligo di legge nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza.

I dati verranno trattati in modalità cartacea e su supporti informatici per adempiere alla finalità relativa all'inserimento nell'apposito elenco dei Liberi Professionisti iscritti all'OPI di Modena, saranno trattati da personale debitamente incaricato dal Titolare e non saranno diffusi.

I Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 Reg.to EU 2016/679 e richiedere l'informativa estesa a segreteria@opimodena.it



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Modena - Viale Amendola 264, 41125 Modena
Tel. 059.218519 Fax 059.218785 email: segreteria@opimodena.it Web: www.opimodena.it