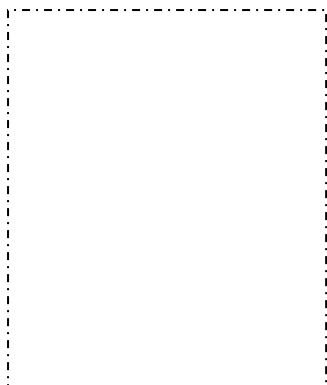


Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ancona

SI ATTESTA

CHE LA FOTOGRAFIA
CON FIRMA APPOSTA SUL RETRO E A LATO APPARTIENE



Firma dell'interessato

AL/ALLA DOTT./DOTT.SSA _____ CITTADINO/A _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE A (COMUNE) _____ PROV. _____

(VIA/PIAZZA/CORSO) _____ N° _____

IDENTIFICATO MEDIANTE (DOCUMENTO) _____ N° _____

RILASCIATO DA _____ IL _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali e l'utilizzo della foto per finalità istituzionali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice della Privacy (D.Lgs. 196/2003 e D.Lgs. 101/2018)

Firma

IMPIEGATO INCARICATO (timbro)

Firma (DIPENDENTE ENTE OPI ANCONA)

ANCONA, _____