



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ancona

Modello di autorizzazione a divulgare i propri dati personali
per ricevere informazioni riguardanti offerte di lavoro infermieristico

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

CELL. _____, E-MAIL _____,

PEC _____,

DICHIARA CHE IN DATA _____ HA PRESENTATO LA DOMANDA DI
ISCRIZIONE ALL'OPI DI ANCONA

E CON LA PRESENTE AUTORIZZA L'OPI DI ANCONA

A DIVULGARE L'INDIRIZZO E-MAIL/PEC/CELLULARE

**ESCLUSIVAMENTE AL FINE DI ESSERE CONTATTATO/A
PER RICEVERE INFORMAZIONI
RIGUARDANTI OFFERTE DI LAVORO INFERMIERISTICO**

**(per le quali l'OPI di Ancona non si pone come garante della serietà delle società/strutture o
intermediari delle offerte di lavoro)**

*Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice della Privacy (D. Lgs. 196/03 D. Lgs. 101/18) sono informato che il
trattamento dei miei dati personali avverrà anche con mezzi informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per i quali
sono stati raccolti*

ANCONA _____

Firma
