

**PRESENTAZIONE DELLA CANDIDATURA DI LISTA 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](mailto: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 di lista** per il rinnovo degli Organi dell'OPI di Bologna:

La candidatura di lista comprende i nominativi che si propongono per il Consiglio Direttivo, la Commissione d'Albo Infermiere, la Commissione d'Albo Infermiere Pediatrico e il Collegio dei Revisori dei Conti (escluso il Presidente dell'Organo in questione).

La presente lista è denominata \_\_\_\_\_,

e quale referente di lista si nomina \_\_\_\_\_

Suo indirizzo PEC \_\_\_\_\_

del/della quale si riportano i dati personali di seguito nel presente documento.

I/le candidati/e afferenti la lista sono:

**CONSIGLIO DIRETTIVO**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Consiglio Direttivo**

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)



**COMMISSIONE D'ALBO INFERMIERI**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri**

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)

### **COMMISSIONE D'ALBO INFERMERI PEDIATRICI**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici**

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici**

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)

## COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **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)

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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **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)



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 \_\_\_\_\_

candidato/a per il seguente organo: **Collegio dei Revisori dei Conti (Revisore supplente)**

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)



16) 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)

17) 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)

18) 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)

19) 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)

20) 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)

21) 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)

22) 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)

23) 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)

24) 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)

25) 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)

26) 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)

27) 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)

28) 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)

29) 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)

30) 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)

31) 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)



32) 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 di ciascun/a candidato/a e firmatario/a, con FIRMA LEGGIBILE.**

**Il presente modulo è composto da 33 pagine e non può né deve essere modificato in alcun modo.**