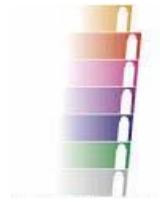




**COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI E
VIGILATRICI D'INFANZIA
DELLA PROVINCIA DI PISA**
(Istituito ai sensi della Legge 29/10/1954 n.1049)



**Richiesta pubblicazione dati personali sul sito dell'ente per il rinnovo delle cariche in seno al
Consiglio Direttivo ed al Collegio dei Revisori dei Conti
del Collegio I.P.A.S.V.I. della provincia di Pisa per il triennio 2018/2020**

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Telefono _____ e-mail _____

Iscritto al Collegio IPASVI di Pisa dal _____ n. posizione _____

Nell'albo degli Infermieri Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia – Infermieri Pediatrici

Sede di lavoro _____

Specializzazioni conseguite _____

Intende candidarsi nel CONSIGLIO DIRETTIVO COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Allego fotografia in formato elettronico .jpeg

Data _____ Firma _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo che ai sensi dell'art. 13 del D.lgs n. 196 del 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni i dati e le informazioni richiesti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi e regolamenti. Il titolare del trattamento è il Collegio IPASVI di Pisa, Via Metastasio n.17 località La Fontina Ghezzano. Il responsabile del trattamento è il Presidente dell'Ente.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto / la sottoscritta, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.lgs n. 196 del 2003 per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente autorizza il trattamento dei dati personali.

Data _____ Firma _____

