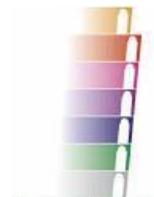




**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE  
DELLA CIRCOSCRIZIONE DI PISA**



All'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pisa

Il/La sottoscritto/a,

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Albo degli  Infermieri  Infermieri Pediatrici di Pisa dal \_\_\_\_\_

n.° iscrizione \_\_\_\_\_

Professione:

Infermiere

Infermiere Pediatrico

**CHIEDE  
AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICITÀ SANITARIA**

per il seguente intervento (barrare quello di interesse):

Esposizione targa pubblicitaria delle dimensioni di \_\_\_\_\_

nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Inserzione su elenchi telefonici e generali di categoria;

Utilizzo simbolo istituzionale su carta intestata e documenti similari;

Timbro;

Biglietto da visita;

Sito Internet;

Periodici professionali/periodici di informazione /quotidiani;

Utilizzo simbolo istituzionale su carta intestata e documenti similari

**Allega:**

- **testo pubblicitario;**
- **fac-simile inerente all'intervento richiesto;**
- **copia del Documento di Identità;**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE  
DELLA CIRCOSCRIZIONE DI PISA**



**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL  
REGOLAMENTO UE 2016/679  
FINALITA' PUBBLICITARIE**

In relazione all'Informativa Iscritti sul Trattamento dei Dati Personali messa a disposizione dall'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PISA, nonché in riferimento al modulo di richiesta, si informa che questi verranno trattati per rispondere alle specifiche finalità connesse al presente documento; pertanto, sono esclusivamente utilizzati per dar seguito alle finalità pubblicitarie selezionate.

Si precisa, inoltre, che il documento di identità viene richiesto per solo per l'autenticazione dell'identità della persona fisica ai sensi del D.P.R. 445/2000, rimanendo negli archivi protocollari dell'Ordine il tempo strettamente necessario.

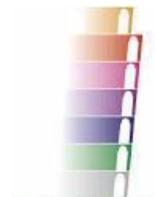
Il trattamento dei Suoi Dati Personali verrà effettuato mediante idonei strumenti cartacei, elettronici e/o telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e, comunque, in modo tale da garantire la sicurezza e riservatezza dei Dati stessi. Il materiale raccolto sarà utilizzato esclusivamente per le finalità sopra indicate. I Suoi Dati Personali possono essere comunicati ad eventuali soggetti che forniscano all'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PISA prestazioni o servizi strumentali alle finalità sopra indicate. I Suoi Dati Personali saranno trattati per il tempo necessario all'esecuzione delle finalità sopra indicate e verranno conservati per il tempo necessario, oppure a seguito della revoca dell'autorizzazione espressa.

Diritti: accesso, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, limitazione dei dati personali trattati, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti; avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento.

Il Titolare del trattamento dei Suoi Dati è l'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PISA con sede legale in Via Pietro Metastasio, 17 – Località La Fontina – Ghezzano, 56017 (PI), nella persona del Presidente Pro tempore.



**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE  
DELLA CIRCOSCRIZIONE DI PISA**



Qualsiasi richiesta relativa ai dati personali trattati dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PISA potrà essere inviata presso la sede operativa dell'Ordine, oppure scrivendo all'indirizzo di posta elettronica [info@opipisa.it](mailto:info@opipisa.it)

Il Responsabile della Protezione dei Dati Personali dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PISA è la società Quality Management S.R.L.S., contattabile presso l'indirizzo e-mail [dpo@qmsrl.It](mailto:dpo@qmsrl.It)

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA PER PRESA VISIONE \_\_\_\_\_