

**Al Presidente  
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese  
Viale Borri, 209 – 21100 – VARESE**

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il / la Sig. / Sig.ra: Cognome Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

a

PRESENTARE LA RICHIESTA DEL/I CERTIFICATO/I E RITIRARE IN MIO E PER MIO CONTO IL/I CERTIFICATO/I  
DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE DELL'OPI DI VARESE DA ME RICHIESTO/I.

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità del delegante Dichiario di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del titolare del certificato (delegante) \_\_\_\_\_

Firma del delegato \_\_\_\_\_

Delegato identificato con documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

Emesso da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma Impiegata/o addetta/o \_\_\_\_\_