

AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO ABILITANTE

Il/la sottoscritt.. _____

Nato/a a: _____ prov. il _____

Codice fiscale _____ cittadinanza _____

Residente a: _____ prov. _____

Via _____ n. _____

- Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerò nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
- Consapevole che decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

DICHIARO

di aver superato presso l'Università degli Studi di: _____

l'esame di Laurea del titolo di Dottore in _____

in data _____ con punteggio _____

ovvero di aver conseguito altro titolo equipollente (specificare titolo, data ed ente di rilascio) _____

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali (estratto)

I dati personali conferiti con il presente modulo sono trattati dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Siena (Titolare), con sede in Viale Europa 31, 53100 Siena, per le finalità istituzionali connesse al procedimento richiesto, in adempimento di obblighi di legge e per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (art. 6, par. 1, lett. c ed e, del Regolamento UE 2016/679). Il conferimento è necessario per la trattazione dell'istanza; per tali finalità non è richiesto il consenso. L'informativa completa ex art. 13 del Regolamento è resa con l'«Informativa agli iscritti» dell'Ordine, disponibile presso la segreteria e sul sito www.opisiena.it. Responsabile della Protezione dei Dati (DPO): Dott.ssa Paola Graziani – paolagraziani@arubapec.it.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data _____ Firma _____