

Con la presente il/la sottoscritto/a _____ richiede di presentare la propria candidatura per le elezioni dei membri della “[Consulta Giovani infermieri e infermieri pediatrici](#)”.

A tal fine fornisce i propri dati personali (**scrivere a stampatello**):

Cognome _____ Nome _____

Luogo di Nascita _____ Prov. (____)

data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Residente in Via _____ n. _____ Cap _____ Città _____

Domiciliato in Via _____ n. _____ Cap _____ Città _____

Indirizzo e-mail : _____

Numero telefonico _____ Cell. _____

Titolo professionale _____

Data d'iscrizione all'Albo _____ n. d'iscrizione _____

Documento identità (**da allegare alla presente candidatura**)

Numero Documento _____ Rilasciato da _____ In

Data ____/____/____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, dichiaro di possedere i requisiti richiesti per la candidatura di cui all'art. 7 comma 2 del Regolamento “Consulta Giovani Infermieri e Infermieri Pediatrici”.
n.b. il pagamento della quota di iscrizione comprende la quota dell'anno in corso

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma Leggibile** _____

Il sottoscritto/a interessato/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003, con la firma apposta alla presente scheda informativa, attesta il proprio consenso affinché il titolare proceda al trattamento dei dati personali come risultanti dalla presente scheda informativa.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma Leggibile** _____

Al fine di predisporre un elenco definitivo dei candidati, il sottoscritto/a interessato/a, autorizza la pubblicazione **nell'area pubblica** del sito internet dell'OPI di Trapani la sua breve presentazione:

- ☐ corredata da fotografia
☐ non corredata da fotografia

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma Leggibile** _____