Al Presidente OPI Interprovinciale

Firenze Pistoia

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_ il\_\_\_\_  
e residente in via n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
con studio in via n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pec.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In nome e per conto:

|  |  |
| --- | --- |
| * proprio | * e/o dello studio |

**FA ISTANZA**

Di iscrizione nell’Elenco dei Dottori commercialisti tenuto dal OPI Interprovinciale Firenze Pistoia,

per la pubblicazione del nominativo sul sito dell’Ordine per un servizio di consulenza rivolto agli iscritti all’OPI Interprovinciale Firenze Pistoia per le seguenti materie:

* Fiscali
* Societarie
* Contabili
* Tributarie

A tal fine, 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. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA**

1. Di essere iscritto all’Albo dei Dottori Commercialisti della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con il n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di iscrizione  
  
2. Di non aver riportato condanne penali o di essere stato sottoposto a procedimenti penali per reati contro la Pubblica Amministrazione o per reati di cui alle norme antimafia, con indicazione in ogni caso di tutte le iscrizioni risultanti dal casellario giudiziale, ivi comprese quelle accompagnate dal beneficio della non menzione;

3. Di applicare tariffe agevolate agli iscritti all’OPI Interprovinciale Firenze Pistoia , almeno con uno sconto del 20% rispetto alle tariffe indicate nel documento redatto dall’associazione Nazionale dei Dottori Commercialisti “Onorari consigliati per l’anno 2018”.

**Si allegano:**A. Curriculum professionale datato e sottoscritto dal quale risulti le precedenti esperienze lavorative nelle materie indicate;   
B. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

Firma

**INFORMATIVA PRIVACY**

In relazione ai dati personali forniti nel presente documento, verranno utilizzati da ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE INTERPROVINCIALE DI FIRENZE E PISTOIA, che ne è titolare per il trattamento, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali stabiliti dal Regolamento GDPR 2016/679.

1. **FINALITA’ DEL TRATTAMENTO**

Iscrizione Elenco dei Dottori Commercialisti tenuto da OPI Interprovinciale Firenze Pistoia (esecuzione contratto - art.6 paragrafo 1, lett. b)).

Le ricordiamo che, con riferimento alle finalità evidenziate ai punti sopraelencati il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio. Un Suo eventuale rifiuto e/o il conferimento di informazioni inesatte e/o incomplete impedirebbe l’esecuzione del contratto e la mancata prosecuzione del rapporto.

1. **MODALITA’ DI TRATTAMENTO**

OPI Interprovinciale Firenze Pistoia ha come obiettivo la tutela dei Dati dei propri iscritti all’albo, improntando il loro trattamento ai principi di correttezza, di liceità e trasparenza. Ti informiamo, pertanto, che i Suoi Dati personali saranno trattati, tramite l’utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantirne la massima sicurezza e riservatezza, mediante archivi e supporti cartacei, con l’ausilio di supporti digitali, mezzi informatici e telematici.

1. **DESTINATARI DEI DATI PERSONALI**

Verranno a conoscenza dei Suoi Dati Personali, il Responsabile per la Protezione dei Dati e gli Incaricati del trattamento dei Dati Personali nominati dall’Ordine nell’esercizio delle loro funzioni nonché gli Infermieri Iscritti all’Albo di OPI Interprovinciale Firenze Pistoia.

I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati ad eventuali soggetti che forniscano all’Ordine prestazioni o servizi strumentali alle finalità indicate nel precedente par. 1, per i seguenti aspetti:

* Elaborazioni e adempimenti: amministrativi, contabili e fiscali;
* Manutenzione e sviluppo della rete e dell’infrastruttura informatica;
* Consulenza;
* Autorità competenti per adempimenti di obblighi di legge e/o di disposizioni di organi pubblici, su richiesta.

1. **DURATA DEL TRATTAMENTO E CRITERI DI CONSERVAZIONE**

I Tuoi Dati personali saranno conservati, a partire dal loro ricevimento/aggiornamento, per un periodo congruo rispetto alle finalità di trattamento sopra riportate.

1. **DIRITTI DELL’INTERESSATO**

Potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 - “Diritto di accesso dell’interessato”, 16 - “Diritto di rettifica”, 17 - “Diritto alla cancellazione”, 18 – “Diritto di limitazione al trattamento”, 20 – “Diritto alla portabilità dei dati” del Regolamento UE 2016/679 nei limiti ed alle condizioni previste dall’art. 12 del Regolamento stesso.

1. **TITOLARE, RESPONSABILI E DPO**

* Il Titolare del trattamento dei Suoi Dati è ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE INTERPROVINCIALE DI FIRENZE E PISTOIA con sede legale in Via Pierluigi da Palestrina 11, 50144 Firenze (FI), nella persona del Legale Rappresentante Massai Danilo. Qualsiasi richiesta relativa ai dati personali trattati dell’ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE INTERPROVINCIALE DI FIRENZE E PISTOIA potrà essere inviata presso la sede operativa dell’Ordine Via Pierluigi da Palestrina 11, 50144 Firenze (FI), oppure scrivendo all’indirizzo di posta elettronica [segreteria@opifipt.it](mailto:segreteria@opifipt.it)
* Il Responsabile della Protezione dei Dati Personali di ORDINE INTERPROVINCIALE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI FIRENZE E PISTOIA è contattabile presso l’indirizzo email [dpo@qmsrl.it](mailto:dpo@qmsrl.it)

DATA

Dichiaro di aver letto l’informativa ed acconsento al trattamento

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_