MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA CONSULTA GIOVANI DELL'OPI DI VICENZA
da inviare all'indirizzo pec vicenzaopi@cert.ordine-opi.it

Il/La Sottoscritto/a_____

nato/a il_____

Residente in_____

Telefono_____

Email_____

PEC_____

Iscritto/a Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Vicenza

MANIFESTO IL MIO INTERESSE A FAR PARTE DELLA CONSULTA GIOVANI DELL'OPI DI VICENZA

Dichiaro di essere consapevole che:

- Possono iscriversi alla Consulta Giovani dell'OPI di Vicenza tutti gli Infermieri e gli Infermieri Pediatrici che non abbiano compiuto il 35° anno di età, iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Vicenza. **Al compimento del 35° anno di età decade automaticamente il diritto ad essere componente della Consulta Giovani dell'OPI di Vicenza.**
- L'iscrizione e l'appartenenza alla Consulta Giovani dell'OPI di Vicenza è volontaria e può essere revocata in qualsiasi momento.
- Ho preso visione del Regolamento della Consulta Giovani, ho compreso quanto in esso contenuto e lo accetto integralmente.
- Acconsento al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale in vigore e autorizzo l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Vicenza ad inviarmi comunicazioni inerenti alle attività della Consulta Giovani. Tale consenso può essere revocato in qualsiasi momento facendone richiesta all'OPI a mezzo PEC.

Vicenza, lì Firma

Allegare copia documento di identità.