|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI TORINO**  Via Stellone n. 5 – 10126 TORINO  Tel. 011.663.40.06 – Fax. 011.663.66.01  Email: [segreteria@opi.torino.it](mailto:segreteria@opi.torino.it) Pec: [torino@cert.ordine-opi.it](mailto:torino@cert.ordine-opi.it) |  |

**ORARI SEGRETERIA:**

**LUNEDI’ e MERCOLEDI’: 14/17  
MARTEDI’ e GIOVEDI’: 10/13  
VENERDI’: CHIUSO**

**NORME PER IL TRASFERIMENTO DELL’ISCRIZIONE ALL’OPI DI TORINO**

Per richiedere il trasferimento dell’iscrizione all’Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Torino, occorre produrre i seguenti documenti:

1. ***DOMANDA*** indirizzata al Presidente dell’OPI: COMPILARE IL MODULO ALLEGATO ED APPORRE MARCA DA BOLLO DA Euro 16,00
2. ***AUTOCERTIFICAZIONE:*** COMPILARE IL MODULO ALLEGATO
3. ***N. 2 fotografie*** recenti formato tessera UGUALI tra loro (**FIRMATE SUL RETRO**)
4. ***Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) –* OBBLIGATORIO –** quanti non siano già in possesso di una casella personale possono richiedere l’attivazione di quella messa a disposizione degli Iscritti dall’Ordine. Consegnare contestualmente alla domanda di iscrizione il modulo compilato e sottoscritto presente nella sezione PRATICHE AMMINISTRATIVE del sito. ATTENZIONE: il modulo è un Pdf editabile che deve essere compilato PRIMA della stampa.
5. ***FOTOCOPIE:***

* documento d’identità,
* codice fiscale,
* le cittadine straniere sposate, che hanno adottato il cognome del marito, devo allegare il certificato di matrimonio qualora il cognome riportato sul titolo di studio non coincida con l’attuale.
* diploma in lingua originale
* decreto di riconoscimento
* permesso di soggiorno

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

Ad iscrizione avvenuta, l’Ufficio provvederà all’invio - tramite PEC - di relativa notifica

**NON STAMPARE I MODULI IN MODALITA’ FRONTE/RETRO**

Torino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marca da bollo

€. 16,00

Al Presidente dell’OPI di Torino

Via Stellone n. 5

Il /la sottoscritt.\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Corso/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto all’Albo Professionale - tenuto da codesto Ordine, per

🞎 **Infermieri** 🞎 **Infermieri Pediatrici**

**per trasferimento dall’Ordine Provinciale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALLEGA:**

1. Dichiarazione sostitutiva di certificazione
2. n. 2 fotografie
3. Fotocopia di un documento d’identità
4. Fotocopia codice fiscale
5. Fotocopia Decreto di Riconoscimento
6. Fotocopia Diploma lingua originale
7. Fotocopia permesso di soggiorno

IL/LA DICHIARANTE

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

(esente da autentica di firma ai sensi dell’art. 3, comma 10 della legge 127/97)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(art. 46 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni e di falsità in atti il D.P.R.445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679**

**DICHIARA**

* di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di avere il seguente Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Via/Piazza/Corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* (se diverso da residenza) di essere domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di avere il proprio domicilio professionale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere cittadino/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di godere dei diritti civili (*in caso negativo* ***non*** barrare la casella e specificare nello spazio)

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

* di **non** aver riportato condanne penali
* di aver riportato le seguenti condanne (*indicare l’Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante. Indicare anche le sentenze con non menzione e i patteggiamenti, anche risalenti a più di 5 anni – ex art. 444 c.p.p. \_ cosiddetto patteggiamento*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di **non** essere destinato di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel Casellario Giudiziale ai sensi della vigente normativa
* di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
* di **non** essere sottoposto a procedimento disciplinare
* di **non** essere sospeso dall’esercizio delle Professione
* di essere in possesso del titolo di studio (**PRECEDENTE IL TITOLO PROFESSIONALE di Infermiere/Infermiere Pediatrico**):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Biennio Superiore * Triennio Superiore * Liceo Scientifico * Liceo Classico * Liceo Linguistico * Liceo Artistico |  | * Liceo Psico Pedagogico o similare * Diploma Magistrale * Diploma Istituto Tecnico * Diploma Istituto Professionale * Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Altro |

* di essere in possesso del seguente titolo professionale

Infermiere Infermiere Pediatrico

conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di esercitare la Professione come:
  + libero professionista
  + dipendente
  + altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere Iscritto all’ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica)
* di **non** essere Iscritto all’ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica)
* di essere regolarmente iscritto all’Albo degli:
  + Infermieri
  + Infermieri Pediatrici

tenuto dall’OPI di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_ / \_\_\_ /\_\_\_\_\_

* di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all’OPI (*art. 10, lettera c DPR 05 aprile 1950 n. 221*)

Torino, lì

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Si certifica che la fotografia a fianco applicata**

**riproduce l’effige di:**

**Cognome e Nome……………………………………………………………………….**

**nato/a a ………………………………………………………………………………….**

**il …………………………………………………………………………………………..**

**Documento d’Identità ……………………………………………………………….**

**n° ………………………………………………………………………………………….**

**rilasciato ………………………………………………………………………………..**

**il ……………………………………………………………………………………………**

**firma dell’interessato/a ………………………………………………………………….**

**Firma del Delegato OPI di Torino ……………………………………………………………………………………..**

**Torino,**



|  |
| --- |
| **Adempimenti al Regolamento (UE) 2016/679 e**  **al D.Lgs. n. 196/2003 così come aggiornato dal D.Lgs. n. 101/2018** |

|  |
| --- |
| **Delibera n° 686/20 del 05 novembre 2020** |

INFORMATIVA ISCRITTI

Pregiatissimo Iscritto, Gentilissima Iscritta,

l’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Torino, di seguito Titolare del trattamento, con sede in Torino, Via Stellone n. 5, Le comunica che, per l’instaurazione e la gestione del rapporto in corso, è Titolare dei Suoi dati personali ai sensi della normativa applicabile in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

**Finalità del trattamento**.

La raccolta ed il trattamento dei Suoi dati personali è finalizzato a soddisfare le attività inerenti la carica da Lei ricoperta nell’O.P.I., quali:

- gestione dei dati degli iscritti per perseguire i compiti e le funzioni istituzionalmente affidate all'Ordine.

Il Titolare del trattamento, in particolare tratterà i Suoi dati per le seguenti finalità:

* iscrizione e tenuta dell’Albo;
* esercizio del voto e attribuzione di cariche nell’Ordine;
* designazione dei rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
* promozione di iniziative volte a favorire il progresso culturale degli iscritti;
* vigilanza per la tutela dei titoli e per il legale esercizio delle attività professionali, nonché per il decoro e l’indipendenza della professione;
* esercizio dell’attività disciplinare nei confronti dei sanitari iscritti negli albi, salvo in ogni caso le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
* interporsi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti;
* invio di comunicazioni, pubblicazioni o informative a carattere istituzionale a favore degli iscritti.

**Tipologia di dati personali**.

Nell’ambito delle finalità sopraindicate sono trattate le seguenti categorie di dati:

* dati personali, quali dati anagrafici, di contatto, dati relativi all’istruzione e ai titoli di accesso, dati di pagamento;
* dati appartenenti a “categorie particolari di dati personali” di cui all’art. 9 del GDPR;
* dati giudiziari di cui all’art. 10 GDPR.

**Base giuridica del trattamento**

Il trattamento dei dati personali nell’ambito delle finalità sopraindicate viene effettuato dal Titolare sulla base di almeno una delle seguenti condizioni di liceità.

Per i dati personali ai sensi dell’art. 6 par. 1, del GDPR:

* per l’esecuzione di compiti di interesse pubblico come definiti dalla normativa;
* per l’adempimento di un obbligo legale;

Per i dati appartenenti a “categorie particolari di dati”:

* per motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell’Unione europea o nazionale ai sensi dell’art. 9, par. 2, lett. g) GDPR e art. 2-sexies del D. lgs. 196/2003 ss.mm.ii.;
* per fini di archiviazione nel pubblico interesse, ricerca scientifica o storica o a fini statistici (art. 9, par. 2, lett. j) GDPR e art. 2-sexies, comma 2, lett. cc) del D. lgs. 196/2003 ss.mm.ii.);
* per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria;
* sulla base di un consenso esplicito dell’interessato (art. 9, par. 2, lett. a) GDPR).

Per i dati giudiziari (art. 10 GDPR) nella misura strettamente necessaria allo svolgimento delle finalità indicate al precedente punto 2.

**Modalità di trattamento**.

Il trattamento dei dati per le finalità esposte ha luogo con modalità sia automatizzate, su supporto elettronico o magnetico, sia non automatizzate, su supporto cartaceo, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge, dai regolamenti conseguenti e da disposizioni interne. Il trattamento potrebbe essere affidato all’esterno:

* all’Amministrazione Finanziaria;
* organi di Polizia Tributaria;
* Guardia di Finanza;
* Ispettorato del Lavoro;
* FNOPI;
* A.S.L. e;
* in genere a tutti gli organi preposti a verifiche e controlli circa la regolarità degli adempimenti di cui alle finalità anzi indicate.

L’Ordine delle Professioni Infermieristiche scrivente non procederà a diffondere alcun dato a soggetti indeterminati né in ambito del territorio nazionale né in ambito U.E. o Extra U.E..

Si precisa, inoltre, che i Suoi dati non saranno forniti a terzi per servizi di marketing, iniziative commerciali, vendite dirette etc.

**Luogo di trattamento**.

I dati vengono attualmente trattati ed archiviati presso la sede dell’O.P.I. di Torino. Sono inoltre trattati, per conto del Titolare, da professionisti e/o società incaricate di svolgere attività professionali necessarie per il corretto svolgimento della nostra attività ordinistica (attività gestionali, amministrative, fiscali, legali, contabili, etc.).

Natura obbligatoria del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto al conferimento.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali e contrattuali e pertanto l’eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all’impossibilità di dare esecuzione al rapporto o di svolgere correttamente tutti gli adempimenti. I Suoi dati saranno trattati unicamente dal personale espressamente autorizzato dal Titolare.

**Tempi di conservazione dei dati:**

I dati forniti verranno conservati presso i nostri archivi secondo i seguenti parametri:

- limitatamente alla durata del rapporto e per il periodo necessario all’erogazione del servizio.

In ogni caso è fatta salva la possibilità per l’O.P.I. Torino di conservare i dati personali per il periodo di tempo previsto e ammesso dalla legge Italiana a tutela dei propri interessi ai sensi dell’art. 2947 e ss. del c.c..

**Diritti dell’interessato**.

Ai sensi degli artt. 15 e ss. del GDPR, Lei ha il diritto di chiedere all’O.P.I. Torino, in qualunque momento, l'accesso ai propri dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, o di opporsi al loro trattamento ai sensi dell’art. 21 del Regolamento.

Lei ha, altresì, diritto di richiedere la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 del Regolamento, nonché di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati che la riguardano, nei casi previsti dall'art. 20 del Regolamento.

Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare all’indirizzo mail [segreteria@opi.torino.it](mailto:segreteria@opi.torino.it), PEC [torino@cert.ordine-opi.it](mailto:torino@cert.ordine-opi.it) o mediante invio di raccomandata presso la sede del Titolare, sita in Torino, via Stellone n.5.

L’OPI Torino ha altresì nominato un DPO contattabile tramite invio mail all’indirizzo [dpo@opi.torino.it](mailto:dpo@opi.torino.it).

In ogni caso, Lei ha sempre diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente (Garante per la protezione dei dati personali), ai sensi dell'art. 77 del Regolamento.

|  |  |
| --- | --- |
| Torino, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma per presa visione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |