

## MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO PER DOPPIO PAGAMENTO DELLA TASSA ANNUALE

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Caltanissetta

### DATI DELL'ISCRITTO

- **Nome e Cognome:** \_\_\_\_\_
- **Luogo e data di nascita:** \_\_\_\_\_
- **Codice fiscale:** \_\_\_\_\_
- **Numero di iscrizione all'Albo OPI:** \_\_\_\_\_
- **Indirizzo di residenza:** \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_
- **Telefono:** \_\_\_\_\_
- **Pec** \_\_\_\_\_

### OGGETTO: Richiesta di rimborso per doppio pagamento della tassa annuale OPI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, iscritto/a all'Ordine delle  
Professioni Infermieristiche di Caltanissetta

di aver effettuato **per errore un doppio pagamento** della tassa annuale OPI relativa all'anno  
\_\_\_\_\_, come di seguito riportato:

- **Primo pagamento** del // \_\_\_\_\_ tramite:
  - Bonifico bancario
  - Altro (specificare) \_\_\_\_\_**Importo:** € \_\_\_\_\_  
**Riferimento/ID operazione:** \_\_\_\_\_
- **Secondo pagamento** del // \_\_\_\_\_ tramite:
  - Bonifico bancario
  - Altro (specificare) \_\_\_\_\_**Importo:** € \_\_\_\_\_  
**Riferimento/ID operazione:** \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il rimborso dell'importo indebitamente versato due volte, per un totale di € \_\_\_\_\_,  
mediante bonifico bancario sul seguente conto:

- **IBAN:** \_\_\_\_\_
- **Intestatario conto:** \_\_\_\_\_

A tal fine si allegano:

- copia delle ricevute di pagamento;
- copia di un documento d'identità in corso di validità.

## **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi degli artt. 13–14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR),  
il/la sottoscritto/a **autorizza** l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di  
\_\_\_\_\_ al trattamento dei dati personali forniti con il presente modulo,  
esclusivamente per la gestione della richiesta di rimborso sopra indicata.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma dell'iscritto/a: