

MODULO DI RICHIESTA ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE
(Per cittadini comunitari e extracomunitari)

Marca da bollo €. 16,00

*Al Presidente dell'Ordine delle
Professioni Infermieristiche di
SIRACUSA
Via TORINO 125
96100 SIRACUSA*

SCRIVERE A STAMPATELLO

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere iscritt__ all'Albo Professionale degli Infermieri / Infermieri Pediatrici tenuto da codesto Ordine.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445
(barrare e compilare solo le caselle che interessano)

Di essere nato/a _____ Nazione _____ il _____

Di essere residente in _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via/Piazza _____ N° _____

Di essere domiciliato in _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via/Piazza _____ N° _____

Cell _____ e-mail (stampatello) _____

E-mail PEC (obbligatoria) _____

Di avere il seguente Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Di essere cittadino/a _____

Di godere dei diritti civili;

Di essere in possesso del seguente titolo di studio:

_____ conseguito in data _____ presso _____

Di non aver riportato condanne penali *(in caso positivo, non barrare la casella, ma specificare)*

_____ Di essere in possesso del Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di Infermiere/a rilasciato il _____ prot. n° _____

Di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato dal _____ il _____ con scadenza del _____

Di non essere in possesso della Partita IVA *(in caso positivo indicare il numero)* N° _____

Di non esercitare attività libero professionale né individualmente, né in forma associata o in società professionali, né quale di socio cooperativa sociale, né sotto forma di collaborazione coordinata e continuativa, e di comunicare tempestivamente all'OPI di SR eventuale futura attività libero professionale in qualità di infermiere.

Di non essere attualmente iscritto ad altro Ordine O.P.I. (*in caso positivo indicare quale* _____)

Di non essere stato precedentemente iscritto ad altro Ordine O.P.I. (*in caso positivo indicare quale* _____)

Allega alla presente:

n. 2 fotografie formato tessera uguali e recenti di cui una verrà legalizzata ai sensi dell'art. 34 DPR 445/2000 da parte dell'Ordine e una verrà apposta sul tesserino;

n. 2 copie della Carta di Identità con l'apposizione in alce dell'attestazione della conformità all'originale ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000 esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);

n. 1 copia Codice Fiscale;

Ricevuta di versamento di €. 168,00 sul conto corrente postale n. 8904 intestato a: "Ufficio Tasse Concessioni Governative di Roma (Sicilia),

Ricevuta di versamento di €. 85,00 sul circuito PAGOPA, non sono autorizzate altre modalità di pagamento, per informazioni contattare la Segreteria OPI Sr;

Ricevuta di versamento di €. 100,00 per lo svolgimento della prova di lingua italiana per i cittadini stranieri comunitari ed extracomunitari sul circuito PAGOPA, non sono autorizzate altre modalità di pagamento, per informazioni contattare la Segreteria OPI Sr;

Autocertificazione di Laurea in Infermieristica;

Autocertificazione casellario giudiziale e carichi pendenti;

Autorizzazione al trattamento dei dati

Data _____

Il/La dichiarante _____

(La presente dichiarazione non necessita della autenticazione della firma)

N.B. La Firma va apposta presso la sede dell'OPI in presenza dell'impiegato/a

AVVERTENZA: Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000)

*** **

Informativa ai sensi dell'art. 13 decreto legislativo 196/2003 e dell'art. 48 del DPR 445/2000

Egr. Sig. / Gent.ma Sig.ra

La informiamo che:

il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DPCLS 233/46 e su susseguente art. 4 del DPR 221/50 per ottenere l'iscrizione all'Albo;

in caso rifiutasse di fornire i dati non sarà possibile attivare l'istruttoria per procedere all'eventuale iscrizione all'Albo;

i dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata, per le finalità ad essa strettamente connesse e per gli scopi istituzionali dell'Ordine di cui all'art. 3 del DLCPS 233/46;

il trattamento viene effettuato in forma automatizzata e/o manuale a disposizione degli Uffici;

i dati verranno comunicati ai soggetti di cui all'art. 2 del DPR 221/50 ed eventualmente ad altri soggetti ai soli fini di perseguire gli scopi prescritti dall'art. 3 del DLCPS 23/46;

il titolare del trattamento è il Presidente Dott. Latina Salvatore; il Responsabile del trattamento è il Segretario Dott.ssa Calabrò Giulia.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsto dall'art. 13 della legge 675/96 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine O.P.I. di Siracusa via Torino 125.

SIRACUSA li _____

Il/La dichiarante _____

INFORMATIVA PER L'ISCRITTO

Ricordiamo che l'iscrizione all'Ordine è obbligatoria per l'esercizio professionale e che è vincolata alla comunicazione/possesso di:

- cambi di domicilio e/o residenza,
- scadenze e rinnovi del permesso di soggiorno,
- pagamento delle quote annuali,
- variazione numeri telefonici,
- variazione indirizzo posta elettronica,
- possesso di posta elettronica certificata (PEC)*

I casi per i quali è attivata la cancellazione sono:

- mancato invio/rinnovo permesso di soggiorno,
- morosità,
- irreperibilità accertata,
- altre situazioni che il Consiglio Direttivo valuterà come inadempimenti.

*** Nel caso in cui non si è in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC), può essere effettuata formale richiesta di attivazione compilando il seguente modulo di seguito riportato.**

SIRACUSA li _____

Firma dell'interessato/a _____

**Alla Segreteria dell'Ordine
delle Professioni Infermieristiche di SIRACUSA**

Oggetto: Richiesta di attivazione indirizzo di Posta Elettronica Certificata personale.

SCRIVERE A STAMPATELLO

Il Sottoscritto: _____ nato a _____
il _____ Cod. Fiscale: _____ residente
a _____ in Via/P.zza _____ N° _____
CAP _____ Prov. _____ Tel. _____ Email _____

CHIEDE

l'attivazione di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) offerta dall'ORDINE DELLE
PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI SIRACUSA

Username richiesto:

Password Provvisoria

Il sottoscritto si impegna ad effettuare, immediatamente al primo accesso, il cambio password seguendo queste istruzioni: accedere a <https://webmail.pec.it>, opzioni, password, inserire la vecchia e la nuova password. Quest'ultima dovrà essere mantenuta segreta.

Si avvisa che il sottoscritto è l'unico responsabile dell'avente in oggetto e nel caso di uso improprio, l'Ente O.P.I. di Siracusa declina ogni responsabilità, l'Ente è tenuto in qualsiasi momento a disattivare il servizio, oltre a comunicare tali irregolarità.

Inoltre, il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e/o integrazioni.

L'indirizzo di posta elettronica certificata verrà eliminato non appena il professionista eseguirà la cancellazione o il trasferimento dall'Ordine Professionale.

Siracusa li _____

Firma _____