

 <p>Ordine Infermieri Imperia</p>	<h1>DOMANDA DI ISCRIZIONE</h1>	<p>Marca da bollo da 16€</p>	<p>I ALBO Rev. 6</p>
<p>N. Prot.</p>	<p><input type="radio"/> Pratica controllata N. Iscr. Data CD</p>	<p>Pag. 4 di 4</p>	
<p>Data</p>	<p><input type="radio"/> Pratica completa Data</p>	<p>6.4.2019</p>	

Egregio Presidente Ordine delle Professioni Infermieristiche di Imperia

Il/la sottoscritto/a (Cognome) _____

(Nome) _____

Chiede di essere iscritto all'Albo professionale 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. 46,75,76 DPR 28/12/2000 N. 445)

DICHIARA

1. Di essere nato a _____ prov _____ il _____

2. Di essere residente nel comune di _____ prov _____ cap _____

Via _____ n. _____

Email _____ @ _____

Email PEC _____ @ _____

Telefono _____ Cell _____

Da compilare se diverso dalla residenza:

3: Di avere il proprio domicilio professionale nel comune di _____ prov _____

Via _____ n. _____ cap _____

4. Di essere cittadino/a _____

5. Di essere in possesso del permesso di soggiorno di tipo _____ con scadenza _____

6. Di avere conseguito in data _____ presso (Scuola/ Università) di _____

con votazione di _____ il diploma/laurea in _____

7. Di essere in possesso del seguente titolo abilitativo alla professione di

INFERMIERE **INFERMIERE PEDIATRICO**



DOMANDA DI ISCRIZIONE

I ALBO

Rev. 6

Pag. 2 di 4

6.4.2019

8. Di essere in possesso del seguente Codice Fiscale _____

9. Di GODERE dei diritti civili (in caso negativo specificare nello spazio) _____

Di NON avere riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. - cosiddetto patteggiamento).

10. Di NON essere destinatario 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

11. Di NON essere stato cancellato/a per morosità/irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessuna altro albo provinciale.

12. Di essere in possesso della seguente partita IVA _____

INFORMATIVA

Ricordiamo che l'iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche è obbligatoria per l'esercizio professionale, e che è vincolata alla comunicazione di:

- cambio di domicilio e/o residenza,
- scadenze e rinnovi del permesso di soggiorno,
- pagamento delle quote annuali,
- variazione numeri telefonici,
- variazione indirizzo posta elettronica.

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 inadempienti

Dichiaro che la fotografia a fianco riproduce l'effigie di:

(Cognome) _____

(Nome) _____

Documento d'identità:

Carta d'identità Passaporto Patente di guida

n. _____

Rilasciato il _____/_____/_____

Firma dell'interessato _____

APPLICARE

FOTOTESSERA



DOMANDA DI ISCRIZIONE

I ALBO

Rev. 6

Pag. 3 di 4

6.4.2019

Informativa D.Lgs 196/2003 art. 13

Egregio signore, Gentile Signora, La informiamo che:

- Il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DLCPS 233/46 e 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 della domanda 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 è effettuato. A) con strumenti cartacei, b) con elaboratori elettronici,
- I dati saranno 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 233/46,
- Il titolare dei dati è il Presidente pro tempore,
- Il responsabile del trattamento è il segretario pro tempore dell'Ordine,
Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dal Regolamento Europeo 679/2016 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine in Via argine dx 193, Imperia, Tel-Fax 0183/269595 – email ordineinfermierimperia@gmail.com. La cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dell'Albo, motivata solo dal fatto di non esercitare più la professione infermieristica.
- Se esistono i presupposti di legge, l'iscrizione sarà deliberata entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda, salvo deroghe di legge.

Liberatoria utilizzo dati

COGNOME NOME (stampatello)

FIRMA (per accettazione)

Ordine Professioni Infermieristiche di Imperia

Il sottoscritto _____ incaricato,

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000,

che il/la Signor/a _____ identificato/a a mezzo di _____

ha sottoscritto in sua presenza la domanda di iscrizione.

Imperia, _____ **FIRMA dell'incaricato che riceve la domanda di iscrizione**



DOMANDA DI ISCRIZIONE

I ALBO

Rev. 6

Pag. 4 di 4

6.4.2019

ELENCO DOCUMENTI DA PRESENTARE IN SEGRETERIA

- ✓ Fotocopia documento di identità in corso di validità
- ✓ Fotocopia codice fiscale
- ✓ N. 2 fototessere
- ✓ Marca da Bollo da 16 €
- ✓ Ricevuta versamento Euro 168 sul c/c postale n. 8003 – intestato all'Ufficio Tasse Concessioni Governative di Pescara
- ✓ Certificato di Laurea o relativa autocertificazione
- ✓ Contributo di 110€ da versare in segreteria come quota associativa anno di prima iscrizione
- ✓ Modulo consenso sulla privacy.

LA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI IMPERIA VERRA' ESAMINATA E DELIBERATA L'ISCRIZIONE, PER LEGGE, ENTRO 90 GIORNI DALLA DATA DI PRESENTAZIONE, PREVIA VERIFICA DEI REQUISITI E DEI DATI AUTOCERTIFICATI.

PER RICEVERE IL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE INVIARE UNA EMAIL A:

ordineinfermierimperiamail@gmail.com

PER RICEVERE LE OFFERTE FORMATIVE DELL'OPI SUL PROPRIO CELLULARE, MEMORIZZA QUESTO NUMERO **3914595611** NELLA TUA RUBRICA TELEFONICA, ED INVIA UN WHATTSAPP CON I TUOI DATI.