

 <p><b>Ordine Infermieri Imperia</b></p>	<h1>DOMANDA DI ISCRIZIONE</h1>	<p>Marca da bollo da 16€</p>	<p>I ALBO  Rev. 9</p>
<p><b>N. Prot.</b></p>	<p>○ Pratica controllata    N. Iscr.                      Data CD</p>		<p>Pag. 4 di 4</p>
<p><b>Data</b></p>	<p>○ Pratica completa                      Data</p>		<p>15.11.2021</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

**INFIERMERE**                       **INFIERMERE PEDIATRICO**



## DOMANDA DI ISCRIZIONE

I ALBO  
Rev. 10  
Pag. 2 di 4  
15.11.2021

8. Di essere in possesso del seguente Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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

DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.200, n 445 di non aver subito condanne penali e/o comunque di non trovarsi in una condizione che, ai sensi degli articoli 42 e 43 del D.P.R. n 221/1950, comportino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale

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**

	<b>DOMANDA DI ISCRIZIONE</b>	I ALBO Rev. 9 Pag. 3 di 4 15.11.2021
---	------------------------------	---

**Informativa D.Lgs 196/2003 art. 13 e sue m.i**

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, pec: imperiaopi@pec – 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. 9  
Pag. 4 di 4  
15.11.2021

### 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 sull'IBAN IT06C0760110500001044849147 intestato a Ordine Infermieri Imperia
- ✓ Modulo consenso sulla privacy
- ✓ PEC oppure richiesta di attivazione PEC con OPI Imperia

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.

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **Salvatore Labrosciano** responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **Salvatore Labrosciano**

Sede: via Argine Destro, 193 – 18100 Imperia (IM), IT

Contatti e recapiti:

Telefono	0183680898
E-mail	ordineinfermierimperia@gmail.com
Sito Web	www.ordineinfermierimperia.it
PEC	imperiaopi@pec.it

Il Responsabile del Trattamento dei suoi dati personali sono responsabili nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e potranno essere contattati per qualsiasi informazione o richiesta; il nominativo e i recapiti del Responsabile del Trattamento sono di seguito riportati:

Responsabile del Trattamento: **Tiziano Tomatis**

Sede: via Argine Destro, 193 – 18100 Imperia ( IM ), IT

Contatti e recapiti:

Telefono	0183680898
Email	ordineinfermierimperia@gmail.com

L'Incaricato del Trattamento dei suoi dati personali sono responsabili nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e potranno essere contattati per qualsiasi informazione o richiesta; il nominativo e i recapiti degli Incaricati del Trattamento sono di seguito riportati

Incaricato del Trattamento: **Salvatore Labrosciano**

Sede: via Argine Destro, 193 – 18100 Imperia ( IM ), IT

Contatti e recapiti:

Telefono	0183680898
Email	ordineinfermierimperia@gmail.com

Incaricato del Trattamento: **Baldassare Renda**

Sede: via Argine Destro, 193 – 18100 Imperia ( IM ), IT

Contatti e recapiti:

Telefono	0183680898
Email	ordineinfermierimperia@gmail.com

Incaricato del Trattamento: **Bruno Papa**

Sede: via Argine Destro, 193 – 18100 Imperia ( IM ), IT

Contatti e recapiti:

Telefono	00183680898
Email	ordineinfermierimperia@gmail.com

Potrà inoltre rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati per avere informazioni e inoltrare richieste circa i suoi dati o per segnalare disservizi o qualsiasi problema eventualmente riscontrato.

Il Titolare del Trattamento **Salvatore Labrosciano** ha nominato Responsabile della Protezione dei Dati **Carmine Luca Panza** che potrà contattare ai seguenti recapiti:

Responsabile della Protezione dei dati: **Panza Carmine Luca**

Sede: via Argine Destro, 193 – 18100 Imperia ( IM ), IT

Contatti e recapiti:

Telefono	0183680898
Email	ordineinfermierimperia@gmail.com

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base giuridica
----------	---------------	----------------

Esecuzione di un compito di un pubblico interesse	Professione dichiarata; Istruzione e cultura; Informazioni di carattere giudiziario (art. 4, comma 1, lett e), D.lgs. 196/2003; Immagini; Origini etniche; Codice fiscale, Partita IVA e altri numeri di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, pagina facebook, ecc.); Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale	Norma/Unione Europea (GDPR 2016/679)
---	---	--------------------------------------

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

**Categorie di destinatari:**

Società esterne e Professionisti che svolgono servizi per nostro conto (in qualità di Responsabili esterni debitamente nominati); Enti e Pubbliche amministrazioni per adempimenti di legge e, in particolare, alla Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche, al Ministero della Salute, al Ministero di Grazia e Giustizia, al Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, alla Procura, alla Prefettura, alla Questura, alla Regione, agli Ordini delle Professioni Infermieristiche provinciali, all'Ente di previdenza Enpapi, a tutte le Aziende Sanitarie interessate, Centri di formazione professionale (Finalizzati alla partecipazione alle commissioni d'esame), alle cooperative ed ai consulenti e liberi professionisti in forma singola o associativa ( motivi fiscali, previdenziali e legali ).

**Finalità del trattamento:**

I dati personali che riguardano ogni iscritto, ossia il nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale, la Professione dichiarata; Istruzione e cultura; Informazioni di carattere giudiziario (art. 4, comma 1, lett e), D.lgs. 196/2003; Immagini; Origini etniche; Codice fiscale, Partita IVA e altri numeri di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, pagina Facebook, ecc.); dallo stesso forniti, verranno trattati dal Titolare del Trattamento, dal Responsabile della Protezione dei dati e dagli incaricati al Trattamento dei dati, ai sensi di quanto previsto nei paragrafi che seguono del presente documento, con modalità prevalentemente telematiche e elettroniche, per le seguenti finalità:

- Per la registrazione dell'interessato nel database amministrativo del Titolare e per fruire dei servizi ivi resi disponibili.
- Per finalità strettamente connesse e/o necessarie alla soddisfazione delle richieste formulate, di volta in volta dall'interessato, attraverso e-mail o altro strumento di comunicazione, quali a titolo meramente esemplificativo, richieste di carattere personale, tecnico, burocratico, istituzionale e richieste di informazioni in senso lato.
- Per l'esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa, nazionale e/o comunitaria, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.
- Per l'invio di convocazione ad assemblee, eventi e quant'altro strettamente finalizzato agli scopi istituzionali dell'OPI.
- Per l'invio di e-mail, newsletter e materiale informativo divulgativo connesso con l'attività infermieristica.
- Per la pubblicazione di immagini o altri dati sulle pagine istituzionali o altre pagine social dell'OPI.

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- La durata del trattamento è determinata come segue: In essere fino alla cancellazione dall'Albo Professionale, su domanda dell'interessato o per morosità o per carenza dei requisiti necessari per l'esercizio della professione.
- Ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento.
- Se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento.
- Ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la protezione dei dati personali.

Imperia, 27.10.2021

Il Titolare del Trattamento  
Salvatore Labrosciano

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**  
(Ai sensi dell'Art. 7 del GDPR UE 2016/679)

Il sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13-14 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Salvatore Labroschiano secondo le finalità riportate di seguito:  
Esecuzione di un compito di pubblico interesse: **ISCRIZIONE/GESTIONE/CANCELLAZIONE ALBO PROFESSIONALE**

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario: per la salvaguardia dei miei interessi vitali o degli interessi vitali di un'altra persona fisica relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali è richiesto il mio consenso:

- a) Attività formativa: invio di email, newsletter e materiale informativo connesso all'attività infermieristica tramite canali convenzionali e social
- b) Invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale da parte di terzi
- c) Pubblicazione di immagini o altri dati sulle pagine istituzionali dell'Ente o oltre pagine social dell'Ente.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati: Origini etniche (Dati sensibili); Immagini (Dati sensibili) e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale. Sussistenza dei requisiti per esercitare la professione.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli relativi a condanne penali e reati (art. 10 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati: Informazioni di carattere giudiziario (art. 4, comma 1, lett e), D.lgs. 196/2003 e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti alle categorie suddette è possibile poiché ricade nelle condizioni previste dalla citata norma e Richiesta presso il casellario giudiziale di sussistenza di condanne penali e reati. Base giuridica: Norma Unione Europea (GDPR 2016/679). Il trattamento è svolto sotto il controllo dell'Autorità Pubblica.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso:

Attività formativa: invio di email, newsletter e materiale informativo connesso all'attività infermieristica tramite canali convenzionali e social

ACCONSENTO  NEGO IL CONSENSO

Invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale da parte di terzi

ACCONSENTO  NEGO IL CONSENSO

Pubblicazione di immagini o altri dati sulle pagine istituzionali dell'Ente o oltre pagine social dell'Ente

ACCONSENTO  NEGO IL CONSENSO

Tutte le autorizzazioni rilasciate potranno essere modificate/revocate in ogni momento solo per iscritto ( es. lettera, raccomandata, e-mail con avviso di lettura, PEC ) e detta revoca/richiesta di modifica avrà effetto dal quinto giorno lavorativo successivo a quello di ricevimento di detta comunicazione.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Da consegnare a mano o via email a: [ordineinfermierimperia@gmail.com](mailto:ordineinfermierimperia@gmail.com)