

ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
OPI PESARO URBINO
DOMANDA DI ISCRIZIONE CITTADINI STRANIERI

Marca da Bollo
Euro 16,00

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____
(nome) _____ Coniugato/a con _____
nato/a a _____ il _____ Nazione _____
Residente a (città – nazione) _____
Via/Piazza _____ n° _____
Domiciliato in Italia (città) _____ Cap _____
Via/Piazza _____ n° _____
Sede di lavoro _____
Telefono _____ Email _____
Pec _____

CHIEDE

di essere iscritt__ all'Ordine Professioni Infermieristiche –OPI Pesaro Urbino.

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 a _____ Nazione _____ il _____
- Di essere domiciliato in _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n° _____ Tel. _____
- Di essere cittadino/a _____
- Di godere dei diritti civili _____
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito in data _____ con votazione _____ presso _____
- Di essere in possesso del **Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute** per esercitare
in Italia la professione di (Infermiere/Infermiere Pediatrico) _____ rilasciato
il _____ prot. n° _____ -
- Di essere in possesso di regolare (**permesso di soggiorno/carta di soggiorno/attestazione di
regolare soggiorno in Italia per i cittadini dell'Unione Europea**) _____
rilasciato/a il _____ da (Questura/Comune) di _____
- Di non aver riportato condanne penali (*in caso positivo non barrare la casella, ma indicare
l'Autorità Giudiziaria nello spazio seguente*) _____
- Di essere in possesso del seguente numero di **codice fiscale**: _____
- Di essere in possesso della **partita IVA n.** _____
- Di non essere *attualmente* iscritto ad altro Ordine Professioni Infermieristiche -OPI (*in caso
positivo indicare quale*) _____

- Di non essere stato *precedentemente* iscritto ad altro Ordine Professioni Infermieristiche-OPI
- (in caso positivo indicare quale) _____

Allega:

1. n° 1 marca da bollo da Euro 16,00;
2. n° 3 fotografie formato tessera uguali e recenti;
3. Fotocopia autenticata del Decreto di riconoscimento da parte del Ministero della Salute di titolo di studio estero quale abilitante per l'esercizio in Italia della professione di infermiere;
4. Fotocopia autenticata del permesso di soggiorno valido, originale e riconsegnato ad ogni rinnovo/ attestazione di regolare soggiorno in Italia per cittadini dell'Unione Europea;
5. Fotocopia Carta di identità;
6. Fotocopia autenticata del Diploma di Infermiere conseguito in un Paese terzo, con traduzione in lingua italiana;
7. Ricevuta di versamento di Euro 168,00 sul c/c/p 8003 intestato a: "Agenzia delle Entrate – Ufficio di Roma – Tasse Concessioni Governative";
8. Pagamento in contanti di Euro 60,00 per la prima quota d'iscrizione all'Albo, da effettuare direttamente presso la sede del OPI di Pesaro Urbino;
9. Fotocopia del codice fiscale

_____ , _____

IL/LA DICHIARANTE _____
(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art 3, comma 10 della legge 127/97)
N.B. La firma va apposta all'Ordine in presenza dell'impiegata

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

Informativa Regolamento UE 2016/679 e legge 675/96 art. 10 ai sensi dell'art. 48 del DPR 445/2000,

Egr. Sig.re/Gent.ma Sig.ra

La informiamo che:

- Il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DLCPS 233/46, art. 4 del DPR 221/50 e successive integrazioni Legge n. /2018 per ottenere l'iscrizione all'albo;
- in caso rifiutasse di fornire i dati non sarà più possibile attivare l'istruttoria per procedere alla 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 e successive integrazioni Legge n. /2018 ;
- il trattamento viene effettuato con strumenti cartacei e con elaboratori elettronici 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 233/46 e successive integrazioni Legge n. /2018;
- il Titolare del trattamento è il Presidente dell'Ordine Professioni Infermieristiche-OPI Dott.ssa Laura Biagiotti;
- Il responsabile del trattamento è Aucello Angelo, Segretario dell'Ordine Professioni Infermieristiche-OPI di Pesaro-Urbino.
- Il Responsabile della Protezione Dati (RPD) ai sensi del Regolamento UE 2016/679 è il Dott. Simone Giorgini Tesoriere dell'OPI.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 13 della legge 675/96 rivolgendosi presso la sede di questo OPI Corso XI Settembre, 115 61121 Pesaro, Tel. 0721/33615 Fax 0721/35349 E-mail: ***pesaro.urbino@cert.ordine-opi.it***
- la cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dall'albo motivata solo al fatto di non esercitare più la professione infermieristica.
- Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice della Privacy (D.Lg.s 196/03 D.lgs 101/18) sono informato che il trattamento dei miei dati personali avverrà anche con mezzi informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per i quali sono stati raccolti.

Pesaro, _____

Firma
