

Inserire qui la marca
da bollo di 16,⁰⁰ euro



**AL PRESIDENTE
DELL'O.P.I.
POTENZA**

Io sottoscritt _____
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalle legge per false attestazioni e mendaci
dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/00) chiede di essere iscritt _____ all'Albo
Professionale come _____ tenuto da codesto Ordine.

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

1. Di essere nat _____ il _____ a _____ prov. _____
2. Di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____
3. Di essere residente in _____ CAP _____ prov. _____
Indirizzo _____
eventualmente domiciliat _____ in _____ prov. _____
Indirizzo _____
tel/cell(obbligatorio) _____
e-mail (obbligatoria) _____
PEC (obbligatoria(*)) _____
4. Di essere cittadin _____
5. Di godere dei diritti civili
6. Di aver conseguito presso la scuola/università _____
sede di _____ in data _____
Diploma/Laurea in _____ con la votazione di _____
7. Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano
l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel
casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa (in caso contrario specificare) _____
8. Di non essere a conoscenza di essere sottopost _____ a procedimenti penali
9. Di non essere stat _____ iscritt _____ precedentemente ad altro O.P.I. (in caso contrario indicare quale e il motivo
della cancellazione) _____
10. Di non essere iscritt _____ attualmente ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche.

Allega:

- a) Copia autenticata del Diploma/Laurea con traduzione;
- b) Fotocopia del decreto del Ministero della Sanità;
- c) Due foto formato tessera uguali e recenti, di cui una autenticata in carta semplice (**);

Il sottoscritto si riserva di presentare:

- a) ricevuta versamento di € 168,00, c. c n. 8003 – intestato a Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara – Concessioni Governative dopo che sarà stato superato con esito positivo l'accertamento della conoscenza della lingua italiana e delle speciali disposizioni che regolano l'esercizio professionale in Italia;
- b) ricevuta pagamento quota iscrizione avviso PagoPA di € 70,⁰⁰ (tassa di iscrizione e quota annuale).

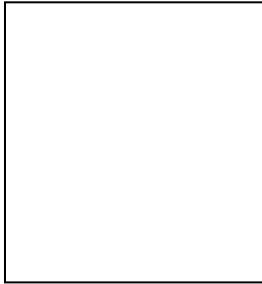
Data: _____ I _____ dichiarante _____
(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3 c.10 della L.127/97)

(*) La PEC può essere gratuitamente attivata dall'Ordine compilando il modulo sul sito

(**) L'autenticazione della fotografia può essere effettuata direttamente allo sportello, allegando copia del documento d'identità.

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA (art. 75 DPR 445/2000)

Autenticazione foto



Il sottoscritt _____

nat a _____ il _____

residente in _____

indirizzo _____

dichiara che la sopraesposta fotografia corrisponde alla propria immagine ed è stata personalmente consegnata alla segreteria dell'O.P.I. di Potenza, ai fini della iscrizione all'Albo Professionale degli _____

data: _____ Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

Nota: Non scrivere nella zona sottostante in quanto riservata all'ufficio _____

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE POTENZA

Il sottoscritt _____

a seguito di presenza ed esibizione personale della sopra riportata fotografia, attesta che l'immagine della stessa, per constatazione diretta, risulta essere quella

di _____

nat a _____ il _____

residente in _____

Indirizzo _____

come comprovato, altresì dal documento esibito (C.I. - P.G.) n° _____

Rilasciato da _____ di _____

Tel: _____ Cel: _____

L'Ordine

Potenza, li _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 196/2003

Gentile Iscritt_ ,
ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 (di seguito T.U.), ed in relazione ai dati personali di cui l'O.P.I. di Potenza entrerà in possesso, La informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento dei dati.
Il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta e completa esecuzione dei compiti d'Ufficio attribuiti dalla legge all'Ordine delle Professioni Infermieristiche.
2. Modalità del trattamento dei dati.
 - a) Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate all'art. 4 comma 1 lett. a) T.U.: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.
 - b) Le operazioni possono essere svolte con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati.
 - c) Il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.
3. Conferimento dei dati.
Il conferimento di dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1.
4. Rifiuto di conferimento dei dati. L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali nel caso di cui al punto 3 comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1.
5. Comunicazione dei dati.
I dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 a collaboratori esterni, soggetti operanti nel settore sanitario, alla Federazione Nazionale ed agli altri Ordini e, in genere, a tutti quei soggetti cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità indicate nel punto 1.
6. Diffusione dei dati.
I dati personali non sono soggetti a diffusione.
7. Trasferimento dei dati all'estero.
I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea nell'ambito delle finalità di cui al punto 1.
8. Diritti dell'interessato.
L'art. 7 T.U. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.
9. Titolare del trattamento. Titolare e responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Potenza

__I sottoscritt dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati sensibili, ai sensi e per gli effetti tutti del D.lgs. 196/2003 e sue modificazioni ed integrazioni necessario per la procedura di iscrizione.

Per ricevuta comunicazione

data:

F.to: l'iscritt_ _____

NORME LEGISLATIVE PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO

- 1) Domanda in bollo dal € 16,00 intestata all'OPI di Potenza
- 2) Autocertificazione di: nascita, residenza a Potenza o Provincia, cittadinanza italiana, diritti politici, diritti civili, casellario giudiziale, carichi pendenti
- 3) Due foto formato tessera uguali e recenti di cui una autenticata (*)
- 4) Fotocopia di un documento valido d'identità (**)
- 5) Fotocopia del codice fiscale (**)
- 6) Fotocopia del titolo di studio in Infermieristica (portare in visione l'originale); in mancanza del titolo, si accetta l'originale del certificato sostitutivo oppure l'autocertificazione (**)
- 7) Ricevuta del versamento della Tassa Governativa sul c/c n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara - Concessioni Governative di € 168,00.
- 8) Ricevuta comprovante il pagamento di € 70,⁰⁰ (tassa di iscrizione e quota annuale). **L'avviso di pagamento pagoPA verrà generato ed inviato al richiedente, dopo la verifica del modulo di iscrizione, all'indirizzo email fornito dallo stesso.**
- 9) **PEC (posta elettronica certificata) è obbligatorio indicarla sul modulo d'iscrizione o richiederla compilando il modulo sul sito, pena la sospensione della domanda**
- 10) Informativa ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003.

Il certificato Giudiziale Generale verrà richiesto da questo Ufficio direttamente alla Autorità.

NON SI ACCETTANO DOCUMENTAZIONI INCOMPLETE Informativa legge 675/96 art.10 ai sensi dell'art,48 del DPR 445/3000

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

L'O.P.I. informa che, in adempimento all'art. 16, comma 7, Legge 28.01.2009 n. 2, (GU del 28/1/2009 supplemento ordinario n. 14/L), sussiste l'obbligatorietà di tutti i professionisti iscritti ad un Albo Professionale di acquisire un indirizzo PEC e di comunicarlo, al proprio Ordine di appartenenza.

Nel caso in cui si volesse attivare la PEC GRATUITAMENTE, l'Ordine di Potenza la offre ai propri iscritti con dominio "PEC.OPIpotenza.it" e potrà essere richiesta all'Ordine dopo l'avvenuta iscrizione.

Nota: Si ricorda che la casella PEC, se attivata gratuitamente con l'Ordine Provinciale di Potenza e con dominio @pec.ipasvipotenza.it o @pec.opipotenza.it, **sara' disabilitata dopo 90 giorni** dalla data di delibera della cancellazione o del trasferimento.

Qualora, NON si volesse ricevere GRATUITAMENTE la PEC offerta dall'O.P.I. di Potenza, la si dovrà acquisire autonomamente mediante uno dei gestori PEC accreditati presso l'Agenzia per l'Italia Digitale sul sito:

<http://www.agid.gov.it/infrastrutture-sicurezza/pec-elenco-gestori> e comunicarla quanto prima.

(*) L'autentica della foto è effettuata direttamente allo sportello, esibendo un documento di identità valido.

(**) Sul retro di ogni singola fotocopia è necessario scrivere la dicitura "Dichiaro, sotto la mia responsabilità, consapevole delle sanzioni penali e civili in cui posso incorrere in caso di false dichiarazioni, che la presente fotocopia è conforme all'originale" la data e la firma.