

All'ill.mo Presidente
Ordine Infermieri La Spezia

bollo euro 16,00

Il/la sottoscritt__ Dott_____

Nat_ a _____ il _____ e residente a _____

In Via/P.za _____ n° _____ CAP _____

Telefono _____ Cellulare _____ PEC mail _____ mail _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE PER

 INFERMIERI INFERMIERI PEDIATRICI

DELLA PROVINCIA DELLA SPEZIA

(l'iscrizione vale fino alla scadenza del permesso di soggiorno)A tal fine, **consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni**, sotto la propria responsabilità**Dichiara (art.76 DPR 28.12.2000 N°445)**

- 1) Di essere nato il _____ a _____ (____) nello stato di _____
- 2) Di essere residente in _____ (prov di _____)
Via/P.za _____ n _____ CAP _____
- 3) Di essere cittadino di nazionalità _____
- 4) Di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____
con scadenza in data _____
- 5) Di essere in possesso del riconoscimento del titolo di studio conseguito in data ____/____/____
presso (ente formativo, università, ecc) _____ così
come da riconoscimento del Ministero della Salute – Roma o Ente regionale con decreto
numero _____ del ____/____/____
- 6) Di non avere riportato condanne penali, o se si quali _____
- 7) Di godere dei diritti civili
- 8) Di avere il seguente codice fiscale _____
- 9) Di non essere attualmente iscritto presso altro Ordine italiano né di aver presentato relativa domanda presso
altro Ordine
- 10) di essere già stato iscritto in passato presso l'Ordine di _____

PRESENTA ED ALLEGA AI FINI DELLA ISCRIZIONE:

- A. Diploma/laurea in ORIGINALE (copia a nostra cura)
- B. Permesso di soggiorno in originale (copia a nostra cura)
- C. Riconoscimento del Ministero della Salute/regione in originale (copia a nostra cura)
- D. Fotocopia di un valido documento personale
- E. Fotocopia del codice fiscale
- F. Una foto tessera, da autenticare in sede
- G. Un indirizzo PEC mail attivo intestato a chi richiede iscrizione Ordine.
- H. Ricevuta ORIGINALE versamento di euro **168.00** a favore di c/c postale 8003 "concessioni governative", causale : "rilascio cod tariffa 8617"
- I. Ricevuta ORIGINALE pagamento tassa annuale iscrizione albo con spese di segreteria di **euro 105*** su CONTO BANCARIO intestato a : Ordine Infermieri OPI c/o Tesoreria Enti– Piazza Caduti della libertà 14/15 La Spezia (SP) IBAN **IT62U0623010727000040552765**

** il versamento è di **50,00 euro** per iscrizioni avvenute da 1 ottobre a 31 dicembre anno in corso.*

La Spezia, _____

Firma _____

ATTENZIONE: la domanda viene accolta o respinta, con motivazione, **entro 30 giorni dalla presentazione** (IN OTTEMPERANZA RIDUZIONE TEMPI ACCETTAZIONE PRATICHE, DL 76/2020)

La produzione di documenti in originale permette più rapide procedure (perché sono annullati i tempi di verifica delle autocertificazioni: di conseguenza, come dichiarato su nostro spazio Internet dedicato, quando è necessario attendere la verifica del titolo di studio i tempi possono allungarsi per cause NON dipendenti dalla nostra volontà)

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3, comma 10 della Legge 17/97)

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

Attenzione:

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DPCLS 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 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 del Collegio di cui all'art. 3 del DLCPS 233/46
- ;
- il trattamento viene effettuato: a) con strumenti cartacei; b) 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;
- il titolare del trattamento è il Presidente.
- 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: Via Paolo Emilio Taviani, 52- 19125 La Spezia tel. 0187/575177
- La cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dall'Albo motivata solo dal fatto di non esercitare più la professione infermieristica o di assistente sanitario o da infermiere pediatrico.

La Spezia, il _____

Firma _____

SCRIVERE IN STAMPATELLO