

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 _____

Cellulare _____ indirizzo PEC _____

mail_ "ordinaria" _____ eventuale altro numero di telefono _____

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 pieni 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 125*** 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 **70,00 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 sintetica sul trattamento dei dati personali degli aspiranti iscritti e degli iscritti all'Albo professionale

Informativa resa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679.

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Spezia informa che i dati personali forniti mediante il presente modulo e la documentazione allegata saranno trattati per:

- ricevere e istruire la domanda di iscrizione;
- verificare l'identità, il titolo di studio, l'abilitazione e gli altri requisiti previsti;
- adottare il provvedimento conclusivo;
- iscrivere, tenere, aggiornare e gestire l'Albo professionale e il fascicolo personale;
- gestire successive variazioni anagrafiche, trasferimenti, cancellazioni, quote e comunicazioni istituzionali;
- adempiere agli obblighi previsti dalla normativa applicabile agli Ordini professionali.

Il trattamento è necessario per adempiere a obblighi legali e per l'esecuzione dei compiti di interesse PUBBLICO attribuiti all'Ordine, ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere c) ed e), del GDPR. Il trattamento non è basato sul consenso dell'interessato.

Potranno essere trattati dati anagrafici e identificativi, recapiti, PEC, codice fiscale, fotografia, dati relativi al titolo di studio e ai requisiti professionali, documenti di identità, dati amministrativi e di pagamento nonché, nei limiti previsti dalla legge, dati relativi a condanne penali e reati.

Il conferimento dei dati necessari all'istruttoria e alla gestione dell'iscrizione è obbligatorio. Il mancato conferimento o la presentazione di documentazione incompleta può impedire l'avvio o la conclusione del procedimento. Il numero di telefono e l'e-mail ordinaria sono facoltativi.

I dati potranno essere comunicati, nei limiti necessari, a FNOPI, altri Ordini, Ministero della Salute, Università, pubbliche amministrazioni, Autorità competenti, tesoreria e fornitori designati responsabili del trattamento. Saranno pubblicati nell'Albo esclusivamente i dati per i quali la normativa prevede la pubblicità.

Titolare del trattamento: Ordine delle Professioni Infermieristiche della Spezia, Via Paolo Emilio Taviani n. 52, 19125 La Spezia – e-mail: segreteria@opi.laspezia.it – PEC: laspezia@cert.ordine-opi.it.

Responsabile della protezione dei dati – DPO: Stefano Pileri – e-mail: stefano.pileri@gmail.com.

L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15-22 GDPR e proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

L'informativa completa, contenente maggiori informazioni sulle finalità, sulle basi giuridiche, sui destinatari, sui tempi di conservazione e sui diritti dell'interessato, è disponibile all'indirizzo: <https://www.opilaspezia.it/privacy-e-protezione-dei-dati/>

Presa visione

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto e preso visione della presente informativa sintetica e di essere stato/a informato/a della disponibilità dell'informativa completa sul sito istituzionale dell'Ordine.

La firma attesta esclusivamente la presa visione dell'informativa e non costituisce consenso al trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____ Firma dell'interessato _____