MARCA DA BOLLO DA 16,00 EURO

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEGLI INFERMIERI DI ENNA

Il/La sottoscritto/a _____, chiede di essere iscritto all'Albo professionale degli _____ tenuto da codesto O.P.I..

A tal fine dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28-12-2000 n° 445 :

1) di essere nato/a a _____ il _____
2) di essere residente a _____ C.A.P. _____
   Via _____ N° _____ Telefono _____
   Cell. _____ Indirizzo posta elettronica _____
3) di essere cittadino/a _____;
4) di essere in possesso della Laurea in _____ (specificare il tipo di laurea) conseguita presso l'Università di _____ il _____con votazione _____;
5) di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti pendenti (in caso positivo indicare i procedimenti dell'Autorità Giudiziaria);
6) di essere in possesso del seguente codice fiscale _____;
7) di non essere e di non essere stato/a iscritto precedentemente ad altro Ordine degli Infermieri in Italia.;
8) di godere dei diritti civili;
9) di essere in possesso di partita I.V.A. n° _____(nel caso in cui si possiede);
10) di essere dipendente di ruolo dell'Azienda Sanitaria Prov. _____ di _____ con la qualifica di _____

[ ] di avere il domicilio professionale nella provincia di Enna.

Allega alla presente:

1) Copia documento di riconoscimento in carta semplice in corso di validità,
2) n° 2 Fotografie formato tessera,
3) Copia codice fiscale;
4) Ricevuta di versamento di 168,00 euro sul C/C N° 8904 – AGENZIA DELLE ENTRATE – TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE – SICILIA, con la causale "Iscrizione Ordine degli Infermieri di Enna";
5) Ricevuta di versamento di 150,00 euro sul Conto Bancario IBAN N° IT96H03268046070B2716161980 intestato a "O.P.I. DI ENNA", riportando nella causale "Quota 1^ iscrizione Albo Professionale degli Infermieri".

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 75, 76 del D.P.R. n° 445 del 28-12-2000 e dall'art. 483 del Codice Penale in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti riportati in questa domanda, compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato.

Il/La sottoscritto/a ai sensi della L. n° 675/96 autorizza l'O.P.I. di Enna al trattamento dei dati personali utilizzati per l'istruttoria dell'istanza, per le finalità ad essa strettamente connesse e per gli scopi istituzionali dell'Ordine di cui all'art. 3 del DLCPS 233/46.

Enna lì _____ Il/La Dichiarante _____

O.P.I. DI ENNA

ORDINE DEGLI INFERMIERI DI ENNA

DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE DEGLI INFERMIERI DI CITTADINI ITALIANI

E' necessaria la seguente documentazione:

1. Domanda in bollo indirizzata all'Ordine degli Infermieri di Enna, se il richiedente ha la residenza in Provincia di Enna, abbia già richiesto la residenza o abbia il domicilio lavorativo in un Comune della Provincia di Enna;
2. Due foto formato tessera uguali e recenti;
3. Copia documento di riconoscimento in carta semplice in corso di validità,
4. Fotocopia del codice fiscale;
5. Ricevuta di versamento di 168,00 euro sul C/C N° 8904 – AGENZIA DELLE ENTRATE – TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE – SICILIA, con la causale "Iscrizione Ordine degli Infermieri di Enna";
6. Ricevuta di versamento di 150,00 euro sul Conto Bancario IBAN N° IT96H03268046070B2716161980 intestato a "ORDINE DEGLI INFERMIERI DI ENNA" intestato a "O.P.I. DI ENNA", riportando nella causale " Quota 1^ iscrizione Albo Professionale degli Infermieri (o Infermieri Pediatrici)".
7. E' necessario presentarsi presso la Segreteria dell'O.P.I. di Enna muniti di documento d'identità valido (in corso di validità) per poter usufruire dell'autocertificazione.
   P.S. **Si raccomanda di segnalare tempestivamente qualsiasi variazione di indirizzo** (a mezzo Tel. 0935500430, PEC : enna@cert.ordine-opi.it o con consegna a mano dell'autocertificazione).

Orario di apertura uffici segreteria:

Lunedì e Mercoledì 9,00 – 11.00

Martedì e Venerdì 16.00 – 18.00

O.P.I. DI ENNA

ORDINE DEGLI INFERMIERI DI ENNA

Informativa D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 art. 13
"Codice in materia di protezione dei dati personali"

Egr. Dott. /Gent.ma Dott.ssa,

La informiamo che:

1. 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;
2. In caso rifiutasse di fornire i dati non sarà possibile attivare l'istruttoria per procedere alla eventuale iscrizione all'Albo;
3. 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;
4. Il trattamento viene effettuato: a) con strumenti cartacei; b) con elaboratori elettronici a disposizione degli Uffici;
5. 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;
6. Il titolare del trattamento è il Presidente Pro-tempore in carica Dott. Di Venti Giovanni;
7. Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 7 del D. Lgs 196/03 rivolgendosi alla Segreteria di questo Ordine di Viale della Provincia n° 4 ad Enna, Tel. 0935500430, PEC : enna@cert.ordine-opi.it
8. Qualora ritenga che il trattamento violi la normativa vigente, ha inoltre il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).
9. 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.

Presa visione di quanto riportato, si autorizza il trattamento dei propri dati personali

Enna lì _____

Firma_____