



Ordine Provinciale
Professioni
Infermieristiche

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____
(nome) _____ Coniugata con _____
nato/a _____ il _____ Nazione _____
Residente a (città-nazione) _____
Via/Piazza _____ n. _____
Domiciliato in Italia (città) _____ cap. _____
Via/Piazza _____ n. _____
Recapito telefonico _____
E-mail _____
Sede di lavoro _____
Indirizzo email _____

CHIEDE

di essere iscritt__ all'Albo Professionale degli _____
tenuto dal su intestato Ordine.

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

(barrare e compilare solo le caselle che interessano)

- Di essere nato/a _____ Nazione _____ il _____
- Di essere domiciliato in _____ cap _____ 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/a rilasciato il _____
prot. n° _____
- Di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno
rilasciato/a il _____
- Di non aver riportato condanne penali (*in caso positivo non barrare la casella, ma
indicare l'Autorità Giudiziaria*) _____
- Di essere in possesso del seguente numero di codice
fiscale: _____
 - Di essere in possesso di partita I.V.A. n. _____
- di non essere *attualmente* iscritto ad altro OPI provinciale (*in caso positivo indicare
quale*) _____

□ Di non essere stato *precedentemente* iscritto ad altro OPI provinciale (*in caso positivo indicare quale*) _____

Allega altresì:

- 1 marca da bollo da € 16,00;
- n. 2 fotografie formato tessera uguali e recenti di cui una verrà legalizzata ai sensi dell'art. 34 DPR 445/2000 da parte del Collegio, una verrà apposta sul tesserino.
- 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 in originale o copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000 effettuata da parte del Collegio esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);
- copia del permesso di soggiorno valido;
- copia della carta di identità/passaporto;
- copia del codice fiscale;
- ricevuta di versamento di € 168.00 sul c.c.p. 8003 intestato a: "Agenzia delle entrate - Tasse Concessioni Governative" solo dopo il superamento dell'esame di riconoscimento della lingua italiana;

versamento di € 150.00 quale prima quota d'iscrizione all'Albo bonifico bancario sul conto Iban IT22S0569601200000071099X10 – Banca popolare di Sondrio – intestazione

"Ordine

delle professioni infermieristiche Aosta" – causale "quota annuale ANNO COGNOME NOME

- solo dopo il superamento dell'esame di riconoscimento della lingua italiana

Data _____

Il/la Dichiarante _____

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

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Copia per l'Interessato

Ordine delle Professioni Infermieristiche-siglabile OPI con sede legale in **Via Boson n. 6, 11100 Aosta (AO)** - in qualità di Titolare del Trattamento (in seguito, "**Titolare**"), informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "**GDPR**") che i dati identificativi personali (nome, cognome, titolo di studio, recapiti ecc.) forniti spontaneamente in occasione della stipula del contratto di iscrizione all'ordine, oppure raccolti da nostri dipendenti e/o collaboratori in occasione di telefonate, richieste di assistenza ed informazioni, saranno trattati e conservati per le seguenti finalità e secondo le disposizioni di legge vigenti.

- A. Attività preliminari e conseguenti al perfezionamento della procedura di stipula del contratto di iscrizione all'Ordine, nonché adempimenti di natura amministrativa contabile civilistica e fiscale.

Natura del conferimento	Obbligatoria. Un eventuale rifiuto al conferimento impedirà il perfezionamento del rapporto contrattuale posto in essere;
Durata del Trattamento	il Titolare del trattamento conserverà i dati personali così raccolti per tutta la durata del rapporto contrattuale creatosi. Fa eccezione il periodo di conservazione dei dati contabili o fiscali regolati da altra specifica normativa;

- B. Attività preliminari e conseguenti alla richiesta di iscrizione anagrafica, alla gestione delle richieste di informazioni e di contatto e/o di invio di documenti, nonché per l'adempimento di ogni altro obbligo derivante dalle attività contrattuali dell'Ordine

Natura del conferimento	Obbligatoria. Un eventuale rifiuto al conferimento comporterà l'impossibilità di dar seguito alla richiesta ricevuta;
Durata del Trattamento	il Titolare del trattamento conserverà i dati personali così raccolti nel limite dell'espletamento delle richieste effettuate. Se il rapporto non avrà seguito entro i 12 mesi successivi, i dati saranno cancellati dagli archivi;

TIPOLOGIE DI DATI TRATTATI:

Dati identificativi	Nome, cognome, codice fiscale, indirizzo fisico e di residenza, recapiti;
Dati particolari	Dati giudiziari;

I servizi erogati e le finalità prevedono il trattamento di particolari categorie di dati, quali dati idonei a rivelare la posizione giudiziaria dell'Interessato (Art. 9 GDPR), così come previsto da specifica normativa.

MODALITA' DEL TRATTAMENTO:

I Suoi dati personali saranno sottoposti a trattamento sia cartaceo sia elettronico, dove per "trattamento" sono da intendersi le operazioni indicate all'art. 4 co. 2 GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

Per le finalità sopra indicate i Suoi dati potranno essere resi accessibili a dipendenti e collaboratori del Titolare nella loro qualità di incaricati e/o responsabili del trattamento, il cui elenco è custodito e consultabile presso la sede legale dell'azienda.

I medesimi dati potranno essere trasferiti presso aziende o professionisti esterni per specifici interventi di carattere tecnico, formativo, contabile.

Sempre per l'espletamento delle finalità di cui sopra, i dati da Lei volontariamente conferiti al momento dell'adesione all'Ordine potranno essere trasferiti, in caso di richiesta posta dall'istante stesso, da e verso altri Ordini delle Professioni Infermieristiche.

Inoltre, previo esplicito e libero consenso da esprimere in apposito modulo, i dati personali quali nome, cognome e recapiti, potranno essere divulgati dal Titolare del Trattamento ai fini dell'esercizio dell'attività di libera professione.

CONTATTI DEL RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DEI DATI (RPD-DPO)

Il Titolare del Trattamento ha designato il Responsabile per la Protezione dei Dati raggiungibile via mail all'indirizzo dpo@opiaosta.it.

DIRITTI DELL'INTERESSATO:

Nella Sua qualità di interessato, Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 15 GDPR. Ove applicabili, potrà altresì esercitare i diritti di cui agli art. 16-21 del GDPR (diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto alla limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'autorità Garante. Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti ai seguenti contatti:

- Responsabile per la Protezione dei Dati: dpo@opiaosta.it

- una raccomandata a.r. a Spett.le Ordine Professioni Infermieristiche Via Boson, 6 11100 Aosta (AO)
- una e-mail all'indirizzo opiaosta@gmail.com
- una pec all'indirizzo aosta@cert.ordine-opi.it