

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

Al Presidente
dell'ORDINE delle PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
Provincia di L'Aquila

**DOMANDA D'ISCRIZIONE PER INFERMIERI STRANIERI COMUNITARI (EU)
CON TITOLO**

NON

CONSEGUITO IN ITALIA

**UTILIZZANDO LE FACILITAZIONI PREVISTE DALLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI
AUTOCERTIFICAZIONE**

__ 1 __ sottoscritt _____

CHIEDE

Di essere iscritt __ all'Albo Professionale di:

INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO ASSISTENTE SANITARIO

tenuto da codesto **Ordine Professionale**.

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

1. di essere nato/a _____ ()_Nazione _____ il _____;
2. di essere in possesso del seguente numero di Codice Fiscale _____;
3. di essere residente in _____ prov. _____ Nazione _____ Via/Piazza _____ N. _____ C.A.P. _____;
n. telefonico _____ cell. _____;
indirizzo posta elettronica: _____;
indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____;
4. di essere domiciliato in _____ Prov. _____ Via/Piazza _____ N. _____
5. di essere cittadino/a _____ e di godere dei diritti civili;

6. di essere in possesso dell'Attestazione di Iscrizione Anagrafica del Cittadino dell'Unione Europea
N. _____ rilasciata dal Comune di _____ il _____;
7. di essere in possesso del Permesso di Soggiorno/Carta di Soggiorno di tipo _____ con
scadenza _____;
8. di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla segreteria del collegio ogni cambiamento dei dati sopra
riportati;
9. di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____ conseguito in data
_____ presso _____ con votazione _____ presso l'Università
di _____;
(indicare la denominazione dell'Università con l'indirizzo completo della Via e della Città in cui è ubicata
l'Università che ha rilasciato il titolo);
10. di essere in possesso del Decreto di riconoscimento rilasciato dal Ministero della Salute italiano, per il titolo
di studio sopra dichiarato, quale titolo abilitante per l'esercizio in Italia della professione di
_____ rilasciato il _____ prot. N. _____ del _____;
11. di essere in possesso dell'attestazione di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione Europea rilasciata dal
Comune di residenza
(allegare fotocopia del certificato)
12. di aver superato l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana (parlata e scritta) e delle
specifiche disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia il ____/____/____
presso _____;
13. (allegare fotocopia della certificazione del superamento dell'esame se sostenuto presso altro Ordine
14. di non aver riportato condanne penali, comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle
parti ex art. 444 c.p.p. – cosiddetto patteggiamento;
15. di aver riportato le seguenti condanne penali (specificare l'Autorità Giudiziaria)
_____;
16. di non essere attualmente iscritto ad altro OPI, in caso positivo indicare quale _____;
17. di non aver in corso altre procedure e prove d'esame non superate o colloqui presso altro Ordine delle
Professioni Infermieristiche d'Italia, in caso positivo indicare quale _____;
18. di non essere stato precedentemente iscritto ad altro Collegio IPASVI/OPI, in caso positivo indicare la data
e il motivo della cancellazione _____;

La/Il dichiarante **AUTORIZZA** l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di L'Aquila al trattamento dei dati personali in ottemperanza a quanto predisposto dal DLgs n. 196 del 30/06/2003 relativo al Codice in materia di protezione dei dati personali.

Confermo altresì di dare disponibilità alla ricezione di aggiornamenti e notizie dall'Ordine **SI**

Allega:

- due fotografie identiche formato tessera;
- attestazione versamento tassa concessione governativa c/c 8003;
- attestazione versamento **ESAME DI LINGUA ITALIANA E DELLE SPECIFICHE DISPOSIZIONI CHE REGOLANO L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE IN ITALIA;**
- ricevuta di versamento Tassa **PRIMA ISCRIZIONE;**
- fotocopia codice fiscale;
- fotocopia documento di identità

L'Aquila, li ____ / ____ / 20__

IL/LA DICHIARANTE

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera art. 75-76 DPR 445/2000)

INFORMATIVA E RICHIESTA CONSENSO PER TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI
DOCUMENTO INFORMATIVO AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL'ARTICOLO 13, D. LGS. 30
GIUGNO 2003 N. 196

In osservanza al D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Testo unico Privacy), siamo a fornirle le dovute informazioni in ordine alle finalità e modalità del trattamento dei Suoi dati personali, nonché l'ambito di comunicazione e diffusione degli stessi, alla natura dei dati in nostro possesso e del loro conferimento.

Finalità del trattamento per le quali si concede consenso laddove richiesto (art. 23 D.Lgs. 196/03)

- . attività strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti all'Ordine.
- . attività informativa, commerciale ed iscrizione mailing list;
- . fornitura di beni e servizi e per la tutela delle posizioni creditorie da essi derivanti;
- . attività contabile (emissione di fatture, predisposizione di pagamenti) ed eventuale trasferimenti dati all'estero anche in paesi non U.E.;
- . il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", ed in particolar modo dati giudiziari, tali dati verranno trattati solo ed esclusivamente per le finalità strettamente connesse con le attività d'iscrizione all'Albo

Modalità del trattamento

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza, ad opera di soggetti di ciò appositamente incaricati in ottemperanza a quanto previsto dagli artt. 31 e segg. D.lgs. 196/03

Ambito di comunicazione e diffusione

I Suoi dati, oggetto del trattamento, non saranno diffusi, potranno essere invece comunicati a società collegate all'attività dell'albo professionale, all'estero e nei limiti di legge al fine di ottemperare ai contratti o finalità connesse a terzi appartenenti alle seguenti categorie:

- soggetti che forniscono servizi per la gestione del sistema informativo di Albo Professionale e delle reti di telecomunicazioni (ivi compresa la posta elettronica);
- società di servizi per l'acquisizione, la registrazione ed il trattamento di dati provenienti da documenti, o supporti forniti ed originati dagli stessi clienti ed aventi ad oggetto lavorazioni massive relative a pagamenti, effetti, assegni ed altri titoli;
- soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (es. call center, help desk, ecc.);
- studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza;
- **soggetti che svolgono adempimenti di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dall'Albo professionale anche nell'interesse della clientela.**

I soggetti appartenenti alle categorie suddette svolgono la funzione di Responsabile del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia.

Ogni ulteriore comunicazione o diffusione avverrà solo previo Suo esplicito consenso.

Natura del conferimento

Il conferimento dei dati è per Lei facoltativo, in mancanza, l'OPI L'Aquila potrà tuttavia trovarsi nell'impossibilità di fornire i servizi stessi, necessari per l'assolvimento di obblighi contrattuali, contabili e fiscali.

Il titolare rende noto, inoltre, che l'eventuale non comunicazione, o comunicazione errata, di una delle informazioni obbligatorie, ha come conseguenze emergenti:

- . l'impossibilità del titolare di garantire la congruità del trattamento stesso ai patti contrattuali per cui esso sia eseguito;
- . la possibile mancata corrispondenza dei risultati del trattamento stesso agli obblighi imposti dalla normativa fiscale, amministrativa o del lavoro cui esso è indirizzato.

Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dall'art. 7, 8, 9 e 10 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, rivolgendosi al titolare (oppure al responsabile, se nominato) del trattamento.

Art. 7. Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Titolare del trattamento è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche Provincia di L'Aquila

Luogo e data _____

FIRMA per consenso:

CERTIFICATO DI IDENTITA' PERSONALE

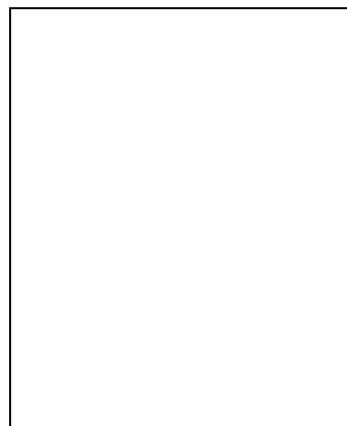
SI CERTIFICA CHE LA FOTOGRAFIA A FIANCO APPLICATA
RIPRODUCE L'EFFIGIE DI
COGNOME E NOME _____

NATO/A A _____

IL _____

Firma dell'interessato/a _____

L'Aquila li ____ / ____ / 20____



L'impiegato delegato:

La Sig.ra _____

(qualifica, nome e cognome dell'impiegata)

INFORMATIVA PER L'ISCRITTO

Ricordiamo che l'iscrizione all'OPI L'Aquila è obbligatoria per l'esercizio professionale, e che è vincolata alla comunicazione di:

- ✓ cambi di domicilio e/o residenza,
- ✓ scadenze e rinnovi del permesso di soggiorno,
- ✓ pagamento delle quote annuali,
- ✓ variazione numeri telefonici,
- ✓ variazione indirizzo posta elettronica,
- ✓ possesso mail PEC

I casi per i quali è attivata la cancellazione sono:

- ✓ mancato invio/rinnovo permesso di soggiorno,
- ✓ morosità,
- ✓ irreperibilità accertata,
- ✓ altre situazioni che il Consiglio Direttivo valuterà come inadempimenti.

Firma dell'interessato/a _____

L'Aquila li ____ / ____ / 20____