

Inserire qui la marca
da bollo

Al Presidente del
Ordine Provinciale
delle Professioni Infermieristiche
di RIETI

I sottoscritt

nat a

il

residente in

indirizzo

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 221 l'iscrizione per trasferimento all'Albo degli
tenuto dall'Ordine di Rieti, per trasferimento dall'O.P.I. di

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445) in caso di falsità e mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (Art. 75 DPR 445/2000)

DICHIARA

Ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n. 445
(barrare e compilare solo le caselle che interessano)

di essere cittadin

di essere nat il a

di essere residente in

indirizzo

cap Tel. Cellulare

Codice Fiscale

mail

PEC (Posta Elettronica Certificata)

di essere in possesso del seguente titolo di studio abilitante all'esercizio della professione di:

conseguito in data con votazione presso la:

Scuola

sede di

Università

sede di

(Solo per i cittadini stranieri extracomunitari)

di essere in possesso:

di regolare permesso o carta di soggiorno rilasciato il dalla Questura di

di godere dei diritti civili

di **NON** godere dei diritti civili (specificare nello spazio in basso)

(Da compilare se il domicilio e' diverso dalla residenza)

di avere il proprio domicilio professionale in

cap indirizzo

PEC

Email

tel/Cell.

di **non** aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di patteggiamento della pena su richiesta delle parti ex art.444 c.p.p. cosiddetto patteggiamento) (In caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante):

di **non** essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;

di **non** essere a conoscenza di essere sottoposti a procedimenti penali;

di esercitare la professione come (barrare la casella di interesse):

libero professionista
dipendente presso
altro

di esercitare la libera professione dal
in forma singola
in forma associata (specificare la denominazione)
come socio di cooperativa (specificare la denominazione)

di essere in possesso di partita IVA n.

di essere iscritti all'Enpapi (Ente nazionale di Previdenza e Assistenza della professione Infermieristica)

di **non** essere iscritti all'Enpapi (Ente nazionale di Previdenza e Assistenza della professione Infermieristica)

di essere regolarmente iscritti all'Albo degli

dell'O.P.I. di

dal giorno n. posizione

di avere regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine (art. 10, lettera c) DPR 5/4/1950 n.221)

di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi all'Ente Enpapi (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione Infermieristica) (articolo 10, lettera c) DPR 5/4/1950 n.221)

A titolo di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dichiara:

(art. 47 DPR 445/2000)

di **non** essere sottoposto a procedimento disciplinare

di **non** essere sospeso dall'esercizio della professione

di **non** essere stato cancellato per morosità/irreperibilità né di essere stato radiato da nessun Albo Professionale

di avere il proprio domicilio professionale in

cap indirizzo

ALLEGA:

1 marca da bollo vigente;

due foto tessera uguali e recenti, di cui una autenticata in carta semplice (*);

fotocopia del numero di Codice fiscale;

fotocopia della Carta d'identità;

fotocopia del pagamento della tassa per l'anno corrente annuale al proprio Ordine di appartenenza;

dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in caso di domicilio professionale - (da compilare direttamente allo sportello della segreteria) unitamente allo stato di servizio o presentazione del badge marcatempo alla segreteria;

dichiarazione sostitutiva di certificazione residenza;

dichiarazione sostitutiva di certificazione di titolo di studio professionale;

autenticazione foto da parte dell'Ordine;

comunicazione PEC (OBBLIGATORIA) o presentazione del modulo per la richiesta;

altro:

data:

IL DICHIARANTE _____

(per esteso e leggibile)

(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 DPR 445/2000)

(*) L'autenticazione della fotografia può essere effettuata direttamente allo sportello, esibendo un documento d'identità valido.

AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA
(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000.n. 445)

I sottoscritt

nat a

il

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

In merito alla domanda di trasferimento inoltrata all'O.P.I. di Rieti il giorno

di ESSERE RESIDENTE:

in

cap

prov ()

indirizzo

data:

Firma del dichiarante _____

(per esteso e leggibile)

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio ai sensi dell'art. 74, comma 1, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

(Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000).

Dichiarazione sostitutiva della CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO

(Art.46 - lettere l,m,n - D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

I sottoscritt

nat a

il

residente a

indirizzo

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

con riferimento alla domanda di iscrizione all'albo presentata all'O.P.I. di Rieti in data di avere il Titolo di studio:

Laurea in:

conseguita in data

presso Università:

Diploma in:

conseguito in data

presso Scuola:

con il seguente punteggio

I sottoscritt dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n. 196 del 30 giugno 2003, di essere stat informat che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data:

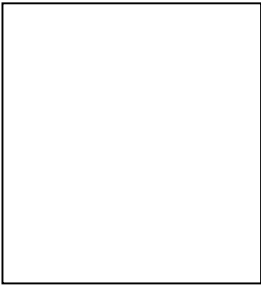
Firma del dichiarante _____

(per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

(Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Autenticazione foto



I sottoscritt

nat a

il

residente in

indirizzo

dichiara che la sopraesposta fotografia corrisponde alla propria immagine ed è stata personalmente consegnata alla segreteria del Ordine delle Professioni Infermieristiche di Rieti, ai fini della iscrizione all'Albo Professionale degli

data:

Firma del dichiarante _____

(per esteso e leggibile)

Nota: Non scrivere nella zona sottostante in quanto riservata all'ufficio

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI RIETI

I sottoscritt

a seguito di presenza ed esibizione personale della sopra riportata fotografia, attesta che l'immagine della stessa, per constatazione diretta, risulta essere quella

di

nat a

il

residente in

Indirizzo

come comprovato, altresì dal documento esibito (C.I. - P.G.)

n° _____

Rilasciato da _____

di _____

Tel: _____

Cell: _____

L'Ordine

Rieti, li _____

Comunicazione Posta Elettronica Certificata (PEC)

Al Presidente
dell'Ordine
delle Professioni Infermieristiche
di Rieti

I sottoscritt

nat a

il

residente a

indirizzo

in riferimento alla domanda di trasferimento presentata

dall'O.P.I. di

all'O.P.I. di **Rieti** in data

in qualità di

(n.b. specificare infermiere, infermiere pediatrico)

comunica, in adempimento al disposto dell'art.16 comma 7 legge 28.01.2009 (G.U del 28.01.2009 Supplemento Ordinario 14/L), di essere in possesso del seguente indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata):

data:

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Recapito/i telefonico/i per eventuali contatti

Ai sensi e per gli effetti del disposto dal D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003 la sottoscrizione del presente modello autorizza al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità ivi indicate ed in conformità alle norme legislative e regolamenti vigenti e applicabili. Dichiaro altresì di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti all'art. 7 del succitato Decreto, tra i quali quello di ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo/la riguardano, l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati presenti nonché la cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi presso la segretaria dell'O.P.I. di Rieti, in persona del suo Presidente e legale rappresentante pro-tempore in qualità di Titolare del trattamento dati personali ai sensi e per effetti della vigente normativa in materia.

data:

Firma _____
(per esteso e leggibile)

E' possibile consultare l'elenco pubblico dei gestori PEC accreditati presso l'Agenzia per l'Italia Digitale sul sito:<http://www.agid.gov.it/infrastrutture-sicurezza/pec-elenco-gestori>.

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI RIETI INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Finalità del trattamento: ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 679/2016, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Rieti (di seguito, solo "OPI"), quale Titolare del trattamento, La informa che le attività di trattamento dei Suoi dati personali saranno effettuate dall'OPI nell'ambito delle funzioni di tenuta dell'Albo delle Professioni Infermieristiche e delle attività a ciò strumentali nel pieno rispetto della vigente normativa, nazionale ed europea, in materia di protezione dei dati personali relativi alle persone fisiche, per le finalità prodromiche e strumentali alla Sua iscrizione all'Albo e per quelle successive, connesse e funzionali all'avvenuta iscrizione, oltre che per l'adempimento degli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare del trattamento.

Base giuridica del trattamento: la base giuridica che legittima il trattamento è, pertanto, il rapporto contrattuale che si instaura con l'OPI con la Sua iscrizione all'Albo: il conferimento dei dati personali che potranno esserLe richiesti dal Titolare per tale finalità è obbligatorio in quanto essenziale per permettere la Sua regolare iscrizione all'Albo, come previsto espressamente dall'art. 9 del DPCLS 233/46 e dall'art. 4 del DPR 221/50; di conseguenza, un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità per l'OPI di dare seguito a tali attività. Negli altri casi, la base giuridica delle attività di trattamento che saranno effettuate dall'OPI sarà l'adempimento di obblighi di legge cui lo stesso titolare è soggetto, nonché il suo interesse legittimo al corretto svolgimento delle proprie attività e alla sicurezza dei propri sistemi e locali. L'OPI non effettua attività di marketing diretto mediante invio di comunicazioni promozionali a mezzo posta elettronica; ad ogni modo, qualora tali servizi venissero successivamente attivati, l'OPI provvederà a richiederLe un consenso specifico ed esplicito prima di avviare qualsiasi attività di trattamento. In questi casi, la base giuridica del trattamento sarà il Suo consenso e il rifiuto a fornirlo non comporterà alcuna conseguenza, in particolare, per la regolare iscrizione all'Albo e per la fornitura dei relativi servizi, previsti dalla legge o dall'OPI.

Categorie di dati personali: i dati personali oggetto delle operazioni di trattamento effettuate dall'OPI potranno rientrare nelle seguenti categorie: (a) dati identificativi e di contatto, tra cui, nome, cognome, data di nascita, C.F., indirizzo, telefono, email; (b) dati relativi a titoli di studio e qualifiche professionali; (c) dati rientranti nelle particolari categorie di cui all'art. 9 del GDPR, tra cui, dati relativi a uno stato generale di salute (malattia, maternità, infortunio o avviamento obbligatorio); idoneità o meno a determinate mansioni; adesione ad un sindacato; adesione ad un partito politico o titolarità di cariche pubbliche elettive (permessi o aspettativa); convinzioni religiose (festività religiose fruibili per legge); (d) dati relativi a condanne penali e reati o a connesse misure di sicurezza (art. 10 GDPR); (e) soltanto in casi specifici e per le finalità comunicate, dati bancari e di pagamento. Per le attività di trattamento aventi ad oggetto i dati personali di cui ai punti (c) e (d) che precedono non sarà necessario il Suo espresso consenso, in quanto tali operazioni saranno effettuate soltanto ove richieste da specifiche disposizioni di legge, nei limiti e nel rispetto di quanto previsto dagli articoli 9 e 10 GDPR (la base giuridica sarà quindi l'adempimento di un obbligo legale).

Modalità di trattamento: i dati personali così raccolti verranno trattati sia in forma cartacea che informatizzata, anche parzialmente automatizzata, mediante inserimento nei sistemi informatici e nelle banche dati del Titolare, a cui avrà accesso soltanto il personale e/o i soggetti dallo stesso espressamente autorizzati e appositamente istruiti, sempre nei limiti delle rispettive competenze e di quanto necessario per il corretto espletamento dei compiti loro affidati.

Categorie di destinatari: il Titolare ha provveduto altresì a designare quali responsabili del trattamento i soggetti terzi che trattano dati personali per suo conto di cui l'OPI si avvale per l'espletamento delle proprie attività. I dati acquisiti potranno essere comunicati, inoltre, a soggetti a tal fine espressamente autorizzati da disposizioni di legge, tra cui, in particolare i soggetti indicati all'art. 2 del DPR 221/50 (Prefetture e Ministeri) e in quanto necessario per il rispetto dell'art. 3 del DLCP 233/46 e ai soggetti terzi (consulenti) di cui l'OPI si avvale per la fornitura di ulteriori e specifici servizi a disposizione degli Iscritti.

Conservazione dei dati personali: i dati verranno conservati per il periodo di tempo necessario al raggiungimento delle finalità sopra indicate e per gli adempimenti di legge, in particolare fiscale e tributaria, e di eventuale difesa, anche in sede giudiziaria, dei diritti dell'OPI (indicativamente, per dieci anni dalla loro registrazione).

Diritti degli interessati: in qualità di soggetto interessato, potrà richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai dati detenuti dal Titolare, nonché la loro rettifica e la loro cancellazione, ove quest'ultima non contrasti con obblighi contrattuali o di legge inerenti la conservazione dei dati stessi cui è tenuto il Titolare; in relazione ai dati trattati in modo automatizzato, ha il diritto di richiedere la portabilità dei dati in un formato leggibile con le più comuni applicazioni; ha altresì il diritto di presentare reclamo all'Autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali) in caso di illecito trattamento o di ritardo o impedimento da parte del Titolare all'esercizio dei diritti dell'interessato e di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria per la tutela dei suoi diritti. Inoltre, ove siano effettuati tali trattamenti, potrà in qualunque momento revocare il consenso eventualmente conferito per finalità di marketing, ferma restando la liceità del trattamento effettuato prima di tale revoca, nonché opporsi al trattamento dei dati che la riguardano effettuato per finalità di marketing diretto (diritto di opposizione).

Chiarimenti e Responsabile per la Protezione dei Dati: Le ricordiamo che in ogni momento potrà richiedere maggiori informazioni in merito ai dati trattati, all'esercizio dei Suoi diritti, nonché richiedere l'elenco aggiornato dei soggetti che hanno accesso ai dati nell'ambito del presente trattamento, contattando il Responsabile della protezione dei dati (RPD o DPO), Avv. Letizia Vannicelli, designato dal Titolare, ai seguenti recapiti: via e-mail: letizia.vanni@gmail.com; - via PEC: letizia.vannicelli@pec.it.

Data: Ordine delle Professioni Infermieristiche di Rieti

* * *

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto e di avere preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Rieti conseguente e strumentale alla mia richiesta di iscrizione all'Albo delle Professioni Infermieristiche e alle successive attività a ciò connesse.

Data: _____ In qualità di Interessato

(per esteso e leggibile)