

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER CITTADINI ITALIANI CON DIPLOMA ESTERO  
Al Presidente dell'ORDINE delle PROFESSIONI INFERMIERISTICHE di VERONA**

Fototessera

Marca  
da  
Bollo  
€ 16,00

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto/a all'Albo Professionale \_\_\_\_\_ tenuto da codesto Ordine.

(Infermieri o Infermieri Pediatrici)

A tal fine, consapevole delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445  
**(barrare solo le caselle che interessano)**

Di essere nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Di essere residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**(scrivere in stampatello maiuscolo)**

- Di essere titolare del seguente indirizzo di posta elettronica certificata, come previsto dalla Legge n. 2/2009 (obbligo per tutti i professionisti iscritti ad Albi ed elenchi di munirsi di PEC – posta elettronica certificata)  
E-mail certificata PEC:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

(scrivere in stampatello maiuscolo)

- Di essere cittadino/a \_\_\_\_\_

- Di godere dei diritti civili \_\_\_\_\_  
(in caso **negativo non** barrare la casella e specificare nello spazio)

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_  
(indicare il titolo per il quale si richiede l'iscrizione)

conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

- Di non aver riportato condanne penali, comprese le sentenze di patteggiamento  
(in caso **positivo non** barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante)

\_\_\_\_\_

- Di essere in possesso del seguente numero di Partita IVA:

- Di **non** essere attualmente iscritto ad altro OPI  
(in caso positivo **non** barrare la casella ed indicare quale nello spazio seguente)

\_\_\_\_\_

- Di **non** essere stato precedentemente iscritto ad altro/nostro OPI  
(in caso positivo **non** barrare la casella ed indicare quale nello spazio seguente)

\_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda:

- 1) N.° 2 **foto** formato tessera uguali e recenti nonché firmate sul retro;
- 2) Attestazione del **versamento** di € 63,50 (quota di iscrizione € 50,00 quota di immatricolazione € 13,50) da effettuarsi sul c/c postale n. 11103371 intestato all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona – Via Ca' di Cozzi, 14/A – 37124 VERONA – causale del versamento “nuova iscrizione”);
- 3) Attestazione del **versamento** di € 168,00 da effettuarsi sul c/c postale n. 8003 intestato a “AGENZIA DELLE ENTRATE – TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE (TIPO DI VERSAMENTO “RILASCIO” - CODICE TARIFFA “8617” - ANNO “18”);
- 4) Fotocopia autenticata del **titolo di studio** e della **dichiarazione di equipollenza del Ministero della Salute**;
- 5) Copia del **Codice Fiscale**;
- 6) Copia **documento d'identità** (carta di identità o passaporto).

**AVVERTENZA:**

**Il/La dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000).**

SI PRENDE ATTO CHE SU TUTTI I DATI SOPRA RIPORTATI SECONDO AUTOCERTIFICAZIONE VERRANNO EFFETTUATI CONTROLLI DA PARTE DEGLI UFFICI DI SEGRETERIA DELL'ORDINE COME DA VIGENTI DISPOSIZIONI NORMATIVE

Data \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_  
(Esente da autentica ai sensi dell'art. 3, comma 10 Legge 127/97)

**Informativa Privacy D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali - ex legge 675/96)**

Egregio Collega,

La informiamo che:

- 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;
- in caso rifiutasse di fornire i dati non sarà possibile attivare l'istruttoria per procedere alla eventuale iscrizione all'albo;
- 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;
- il trattamento viene effettuato con strumenti cartacei e con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
- 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;
- il titolare del trattamento è il Presidente dell'Ordine;
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 7 del Codice della Privacy rivolgendosi presso la sede di questo Ordine, Via Ca' di Cozzi, 14/A – 37124 Verona. La cancellazione dei dati può essere conseguente alla **sola** delibera di cancellazione dall'albo motivata solo dal fatto di non esercitare più la professione.