

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI CON DIPLOMA ITALIANO
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) Copia del **Codice Fiscale**;
- 5) Copia **documento d'identità** (carta di identità o passaporto);
- 6) Fotocopia autenticata del **permesso di soggiorno** (la fotocopia può essere fatta presso l'Ordine presentandosi con l'originale del permesso di soggiorno).

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).

L'iscrizione a questo Ordine è efficace per tutto il periodo di validità del permesso di soggiorno; all'atto del rinnovo del permesso di soggiorno, l'iscritto/a, a pena di cancellazione da questo Ordine, è tenuto/a a comunicare il provvedimento di rinnovo del permesso di soggiorno medesimo.

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.