

**DOMANDA DI ISCRIZIONE DA ALTRO COLLEGIO**  
**Al Presidente dell'ORDINE delle PROFESSIONI INFERMIERISTICHE di VERONA**

Fototessera

Marca  
da  
Bolli  
€ 16,00

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 221 l'iscrizione per trasferimento all'Albo degli \_\_\_\_\_ tenuto dal su intestato Ordine per trasferimento dall'Ordine di \_\_\_\_\_ (indicare l'Ordine di provenienza) consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000)

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445  
(*barrare, dove richiesto, 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 avere il proprio domicilio professionale in \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- 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 abilitativo alla professione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- di esercitare la professione come:  libero professionista,  dipendente,  altro: \_\_\_\_\_

- di essere/non essere iscritto/a all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica)

- di essere regolarmente iscritto all'Albo degli \_\_\_\_\_ tenuto

dall'Ordine di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine ed alla Federazione (articolo

10, lettera c) DPR 5/4/1950 n. 221

- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAPI (Ente Nazionale di

Previdenza ed Assistenza della Professione Infermieristica) (articolo 10, lettera c) DPR 5/4/1950 n. 221

- 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*)

di **non** essere destinatario 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 vigente normativa

di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

### **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/a per morosità/irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessun Albo provinciale.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Alla presente domanda allega inoltre i seguenti documenti:

- 1) N. 2 fototessere uguali e recenti firmate sul retro;
- 2) attestazione di versamento sul c/c postale n. 11103371 intestato all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona di Euro 10,00= causale "Richiesta rilascio tessera";
- 3) fotocopia codice fiscale
- 4) fotocopia di un documento di identità valido;
- 5) Fotocopia autenticata del **permesso di soggiorno** (la fotocopia può essere fatta presso l'Ordine presentandosi con l'originale del permesso di soggiorno).

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

#### **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 DLCP 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 DLCP 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 DLCP 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.