|  |
| --- |
| **Marca da**  **Bollo**  **€ 16,00** |

Spett.le Ordine delle Professioni

Infermieristiche - OPI Pordenone

Piazzetta Ado Furlan n. 2

33170 – PORDENONE (PN)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*)…………………………………………………………………...

(*nome*)…………………………………………………………...………………………………

nato/a a……………………………………. il ………………Nazione ……………..................

residente a (*città*) ………..……………………………………………………….......................

Via……………………………………………………………..Piazza……………………………………………………………………............. N. ………….

Domiciliato in Italia (*città*) ……………………………………………………. Cap ………….

Via…………………………………………………………..Piazza……………………………………………………………………………N. ………….

Recapito telefonico ……………………………………………………………………………..

Indirizzo e-mail...……………………………………………………………………………….

Indirizzo Pec……………………………………………………………………………………

***CHIEDE***

Di essere iscritto/a all’Albo Professionale degli ……………………………………tenuto dal su intestato Ordine.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445)

***DICHIARA***

ai sensi dell’art. 46DPR 28/12/2000 n. 445

(*barrare e compilare solo le caselle che interessano*)

* Di essere nato/a………………..………………Nazione .…….…………….. il …….....
* Di essere domiciliato in …………………………………………………. Prov.……….
* Via……………………………………………………………Piazza………………………………………………………………….N………. Tel………………………….
* Di essere cittadino/a …………………………………………………………………….
* Di godere dei diritti civili
* Di essere in possesso del seguente titolo di studio: …………………………………….

…………..Conseguito in data ……………….con votazione……. Presso la scuola / università ………………………………………………………………………………..

* Di essere in possesso del decreto di autorizzazione del Ministero della salute per esercitare in Italia la professione di infermiere/a rilasciato il …………………… prot. n. ………………………
* Di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti in corso (*in caso positivo non barrare la casella, ma* *indicare l’autorità Giudiziaria nello spazio adiacente*)……………………………………………… ……………………………….
* Di essere in possesso del codice fiscale n ……………………………………………....
* Di essere in possesso della partita IVA n. ………………………………………………
* Di non essere *attualmente* iscritto ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche OPI (*in caso positivo indicare* *quale*) ……...…………………………………………...
* Di non essere stato *precedentemente* iscritto a questo o ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche OPI già IPASVI (*in* *caso positivo indicare quale*) …………………............................

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL’ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016**

La informiamo che i dati richiesti tramite il presente modulo verranno trattati per specifiche finalità connesse alla procedura di iscrizione all’Ordine delle Professioni Infermieristiche - OPI Pordenone. I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati ad eventuali soggetti che forniscano all’Ordine delle Professioni Infermieristiche - OPI Pordenone prestazioni o servizi strumentali alle finalità suindicate. I dati personali saranno conservati secondo termini di legge. La informiamo che lei è titolare di alcuni diritti tra cui accesso, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, limitazione dei dati personali. Il Titolare del trattamento è l’Ordine delle Professioni Infermieristiche - OPI Pordenone con sede legale in Piazzetta Ado Furlan n. 2, 33170 – Pordenone. Il Titolare ha nominato un Responsabile per la Protezione dei Dati (DPO); il nominativo ed i dati di contatto del DPO sono disponibili sul sito web del Titolare. La informiamo inoltre che per ulteriori e più specifiche informazioni in merito al trattamento dei suoi dati personali, sul Sito web o presso gli uffici amministrativi è disponibile l’informativa completa del trattamento.

Data …………………………………….

Il/La dichiarante………………………………………………

(La presente dichiarazione non necessita della autenticazione della firma)

**N.B. la firma va apposta all’Ordine in presenza dell’impiegato/a**

Allegare alla consegna della domanda:

1. 1 marca da bollo € 16,00;
2. N. 3 fotografie formato tessera uguali e recenti di cui una verrà apposta sul tesserino di iscrizione e due verranno inserite nella scheda personale dell’iscritto;
3. Decreto di riconoscimento da parte del Ministero della Salute del titolo di studio estero quale abilitante per l’esercizio in Italia della professione di infermiere in originale o copia autenticata esente dall’imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);
4. Autocertificazione sostitutiva Certificato Casellario Giudiziale;
5. Copia autenticata del titolo di studio esente dall’imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);
6. Copia della Carta d’identità / passaporto esente dall’imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);
7. Copia codice fiscale;
8. **Copia della certificazione di vaccinazione, in corso di validità, ovvero copia di idonea certificazione medica, che giustifichi la possibilità di omissione o differimento della vaccinazione anti SARS CoV-2;**
9. Modulo d’ordine PEC debitamente compilato e sottoscritto (pena non iscrivibilità).

Consegnare dopo superamento esame**\*\***:

1. Ricevuta di versamento di € 168,00 sul conto corrente postale n. 8003 intestato a: “Agenzia delle entrate – Tasse Concessioni Governative” (indicare sul bollettino tipo di versamento “rilascio” ed il seguente codice di tariffa: 8617)
2. Prima Quota iscrizione € 78,00.= c/o la Segreteria dell’Ordine tramite POS PagoPA

**\*\* I cittadini italiani sono esonerati dal superamento della prova di lingua e consegneranno direttamente anche la ricevuta di versamento e la quota di iscrizione all’albo di cui ai numeri 1 e 2 unitamente alla domanda di iscrizione**.

**N.B. Per iscriversi all’Ordine è necessaria la residenza nella provincia di Pordenone.**