

MARCA DA BOLLO € 16,00

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
CERTIFICAZIONI
DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE
PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ONORABILITÀ PROFESSIONALE
(GOOD STANDING)
infermiere, infermiere pediatrico
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a Cognome..... Nome.....

CHIEDE

il rilascio del certificato di Onorabilità professionale - Good Standing - Paesi extra UE

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, a conoscenza di quanto prescritto dall'Art. 75 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al procedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo Art.76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere nato/a a il.....

Cittadinanza..... Nazionalità

Comune di residenza Prov. (.....)

Indirizzo..... CAP

PEC.....

Codice Fiscale

☐ di essere iscritto all'Ordine Professioni Infermieristiche di

☐ Albo Infermieri - con posizione n..... dal

☐ Albo Infermieri pediatrici - con posizione n..... dal

☐ di (barrare la voce che interessa):

☐ avere in corso

☐ non avere in corso

misure o sanzioni di carattere disciplinare o amministrative riguardanti l'esercizio della professione

☐ di (*barrare la voce che interessa*):

☐ avere riportato in passato

☐ non avere riportato in passato

misure o sanzioni di carattere disciplinare o amministrative riguardanti l'esercizio della professione

Nel caso in cui vi siano in corso o siano state riportate in passato sanzioni disciplinari o amministrative, indicarle di seguito: _____

RICHIEDE

Il rilascio del certificato di Onorabilità professionale (Good Standing)

☐ Allega copia documento di identità in corso di validità.

Data Firma

DELEGA

Io sottoscritta/o _____
delego la/il sig.ra/sig. _____
al ritiro del/dei certificati _____ ed allego copia di un mio
documento di riconoscimento:
☐ Carta d'identità ☐ patente ☐ passaporto ☐ altro _____
rilasciato dal _____ di _____
il _____ n. _____

(luogo e data)

(firma del delegante)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Cura il ritiro il/la Sig./Sig.a _____
identificato/a a mezzo del seguente documento: _____

(luogo e data)

(firma dell'impiegato addetto)

PER RICEVUTA _____ Il delegato

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

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Pordenone, nella sua qualità di Titolare del trattamento, desidera fornirle alcune informazioni sul trattamento dei dati personali raccolti con il presente modulo e gestiti nel contesto del relativo Procedimento. I dati saranno trattati per fini istituzionali, per gestire gli adempimenti istruttori ed amministrativi relativi alla sua istanza o previsti nel presente Procedimento e per adempiere a prescrizioni previste dalla legge. I trattamenti sopra descritti sono leciti ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. B e C del GDPR. Per maggiori informazioni sui soggetti terzi che potrebbero trattare i Suoi dati, tempi di conservazione, dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati (DPO) nonché per esercitare i diritti ex. Art. 15 e seguenti del GDPR, si prega di prendere visione dell'Informativa fornita in sede di iscrizione all'Albo e comunque sempre disponibile presso la segreteria e sul sito web istituzionale ([INFORMATIVA-SUL-TRATTAMENTO-DEI-DATI-PERSONALI—ISCRITTI-ALL'ALBO.pdf](#)).

Pordenone, _____.

Firma
