

Marca da bollo

16,00 Euro

**Spett.le Ordine delle
Professioni Infermieristiche
Di Pordenone
In persona del Presidente**

Modulo per il rilascio del certificato relativo alle quote di iscrizione all'Albo regolarmente pagate

Io sottoscritto/a _____

nata/o il _____ a _____

Provincia di _____ Nazione _____ e residente a _____

Indirizzo: _____

n. _____ c.a.p. _____ Provincia di _____ Nazione _____ tel./cell. _____

E-mail _____ PEC _____

Iscritto all'Albo dell'OPI di Pordenone dal _____ al n° _____ di posizione

D I C H I A R A

- di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.15 della legge 183/2011, non possono più essere rilasciati e accettati certificati da produrre a pubbliche amministrazioni e/o ai gestori di pubblici servizi e che in questi casi si deve provvedere all'autocertificazione;

- di essere a conoscenza che i certificati, assieme a questo modulo, devono essere ordinariamente rilasciati in bollo con marca da € 16,00 (per un totale di n. 2 marche da bollo da € 16,00 l'una: una per la domanda e una per il certificato) salvo ricorra una delle ipotesi di esenzione del bollo previste dalla normativa vigente;

- di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000;

- di essere informata/o che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (Regolamento UE 2016/679).

R I C H I E D E

il rilascio del certificato di regolare pagamento della quota di iscrizione all'Albo degli Infermieri/Infermieri pediatrici dell'OPI di Pordenone relativa all'anno _____ per l'importo di euro _____ per la seguente motivazione: _____

☐ in carta semplice (*)

☐ in carta resa legale

(*) Solo per i casi di esenzione dal bollo e all'uopo dichiara di essere nella condizione di esonero dal bollo (cfr. tabella allegato B – D.P.R. 642/1972 o altre leggi speciali) in base alla norma _____

(Luogo e data)

(Firma leggibile del richiedente)

NOTA: in base agli artt. 22 e 25 del D.P.R. n. 642/72, l'omesso pagamento del bollo comporta la sanzione a carico del richiedente

DELEGA

Io sottoscritto/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
