

**Marca da
Bolli
€ 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..... ilNazione
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 deglitenuto 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 datacon 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

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](#)).

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:

- a) 2 marche da bollo € 16,00 l'una;
- b) 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;
- c) 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);
- d) Autocertificazione sostitutiva Certificato Casellario Giudiziale;
- e) Copia autenticata del titolo di studio esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);
- f) Copia della Carta d'identità / passaporto esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);
- g) Copia codice fiscale;
- h) Indirizzo Digitale – PEC posta elettronica certificata.

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 € **94,00** c/o la Segreteria dell'Ordine tramite POS PagoPA

**** I cittadini italiani sono esonerati dal superamento della prova di lingua – se previsto dal riconoscimento rilasciato dal Ministero - 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.