



OPI

**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DELLA PROVINCIA DI VERCELLI**
Tel. 0161 254271 – Fax 0161 255267
e-mail segreteria@opivercelli.it
pec vercelli@cert.ordine-opi.it
web site www.opivercelli.it

ORARI SEGRETERIA:

lunedì e mercoledì dalle 15,00 alle 18,00 - martedì e giovedì dalle 9,00 alle 12,00

Documentazione richiesta per l'iscrizione all'albo professionale per cittadini comunitari con titolo conseguito all'estero, utilizzando le facilitazioni previste dalla normativa vigente in materia di autocertificazione.

Per iscriversi all'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Vercelli è necessario produrre i seguenti documenti:

- 1) Domanda indirizzata al Presidente (modulo allegato) sulla quale apporre marca da bollo da € 16,00
- 2) Autocertificazione (modulo allegato)
- 3) N. 2 fotografie recenti formato tessera uguali tra loro (firmate sul retro)
- 4) Ricevuta di versamento di € 168,00 sul c/c postale n. 8003 intestato a: Ufficio del Registro, Tasse e Concessioni Governative (i bollettini preintestati sono disponibili presso tutti gli uffici postali), modalità: rilascio, codice 8617, causale "iscrizione Albo professionale"
- 5) Quota di prima iscrizione € 115,50 da versare a favore dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche OPI della Provincia di Vercelli, IBAN IT 10 B 06090 223080000 52500042
- 6) PEC obbligatoria per tutti gli iscritti (Il dominio postacertificata.gov.it non è valida in quanto non PEC) **Attenzione: l'indirizzo PEC deve essere un reale indirizzo di Posta Elettronica Certificata, attivo e funzionante, non inserire un normale indirizzo Email; in assenza di un valido indirizzo di Posta Elettronica Certificata la domanda non verrà presa in carico dalla Segreteria.** Secondo quanto stabilito dalla Legge 2/2009, art. 16, comma 7, "I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi Ordini e Collegi il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Gli Ordini e Collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata".
- 7) Fotocopie:
 - a. documento di identità, comprovante la residenza in provincia di Vercelli o dichiarazione di ospitalità
 - b. codice fiscale
 - c. per le donne sposate, che hanno acquisito il cognome del marito, certificato di matrimonio
 - d. diploma in lingua originale
 - e. Decreto di riconoscimento

La quota versata è valida per l'anno solare in corso, qualsiasi sia il mese in cui avviene l'iscrizione all'Ordine.

NON SI ACCETTANO DOMANDE DI ISCRIZIONE NON CORREDATE DELLA DOCUMENTAZIONE COMPLETA

Ad iscrizione avvenuta, l'Ufficio provvederà all'invio tramite PEC di comunicazione di avvenuta iscrizione in seguito alla quale l'interessato dovrà ritirare la documentazione definitiva entro 30 giorni dalla data di protocollo della lettera stessa.

Al Presidente
Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Vercelli
Via G. Ferraris 58
13100 Vercelli

DOMANDA DI ISCRIZIONE

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____
residente a _____
Via/P.za/C.so _____ n. _____
Provincia _____ CAP _____
Tel. _____ Cell. _____
e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

di essere iscritto all'Albo professionale, tenuto da questo Ordine, per

Infermiere **Infermiere pediatrico**

Allegati:

1. Dichiarazione sostitutiva di certificazione
2. Ricevuta del versamento di € 168,00 effettuato a mezzo ccp 8003 a favore dell'Ufficio Registro, Tasse e Concessioni Governative
3. Ricevuta del versamento della quota di iscrizione di € 115,50 a favore dell'Ordine di Vercelli
4. N. 2 fotografie formato tessera uguali tra loro
5. Fotocopia di un documento di identità
6. Fotocopia del codice fiscale

Vercelli, _____

Il /La Dichiarante

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 T.U. -D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via/P.za/C.so _____ n. _____

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il DPR n. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 75 e 76) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003

DICHIARA

1) di essere nato/a _____ il _____

2) di essere residente a _____ CAP _____

Via/P.za _____ n. _____

3) di essere cittadino/a _____

4) di godere dei diritti civili _____

5) di essere in possesso del seguente titolo di studio (precedente il titolo professionale):

- Biennio superiore
- Triennio superiore
- Liceo Scientifico
- Liceo Classico
- Liceo Linguistico
- Diploma Magistrale
- Laurea
- Altro

6) di essere in possesso del seguente titolo professionale:

- Infermiere** **Infermiere Pediatrico**

conseguito il _____ presso _____

7) che il codice fiscale è il seguente _____

8) di non avere riportato condanne penali

9) di avere riportato le seguenti condanne (indicare l' Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante. Indicare anche le sentenze con menzione e i patteggiamenti, anche risalenti a più di 5 anni)

10) di non avere iscrizioni a proprio carico nel Registro delle Notizie di Reato (art. 335 CPP) (in caso positivo non barrare la casella ma indicare il tipo di reato ascritto)

11) di non essere stato in precedenza iscritto ad altro Ordine OPI (in caso contrario indicare a quale e i motivi della cancellazione) _____

Vercelli, _____

Il/La Dichiarante

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)



OPI

**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DELLA PROVINCIA DI VERCELLI**

Tel. 0161 254271 – Fax 0161 255267

e-mail segreteria@opivercelli.it

pec vercelli@cert.ordine-opi.it

web site www.opivercelli.it

Si certifica che la fotografia a fianco applicata riproduce
l'effigie di:

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____

Il _____

Documento di identità _____

n. _____

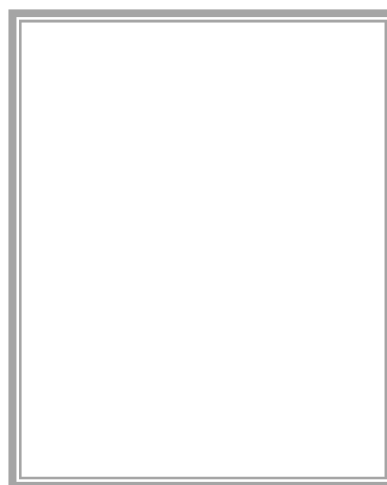
Rilasciato a _____

Il _____

Firma dell'interessato _____

Firma del delegato OPI _____

Vercelli, li _____



Informativa ai sensi dell'art. 13 decreto legislativo 196/2003 e dell'art. 48 del DPR 445/2000

Egr. Sig./ Gent.le Sig.ra

La informiamo che:

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DPCLS 233/46 e su 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 all'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 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 proseguire gli scopi prescritti dall'art. 3 del DLCP 233/46;
 - Titolare del trattamento è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Vercelli nella persona del Presidente il Giulio Zella;
 - Il Responsabile del trattamento dei dati personali è l'amministrativa Elena Bellinzona;
- Ai sensi del Regolamento europeo 679/2016 (GDPR) e della normativa nazionale in vigore, l'interessato può, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, esercitare i seguenti diritti:
1. richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano (diritto di accesso dell'interessato – art. 15 del Regolamento 679/2016);
 2. conoscerne l'origine;
 3. riceverne comunicazione intelligibile;
 4. avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento;
 5. richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti (diritto di rettifica e cancellazione – artt. 16 e 17 del Regolamento 679/2016);
 6. diritto di limitazione e/o di opposizione al trattamento dei dati che lo riguardano (art. 18 del Regolamento 679/2016);
 7. diritto di revoca;
 8. diritto alla portabilità dei dati (art. 20 del Regolamento 679/2016);
 9. nei casi di trattamento basato su consenso, ricevere i propri dati forniti al titolare, in forma strutturata e leggibile da un elaboratore di dati e in un formato comunemente usato da un dispositivo elettronico;
 10. il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo (diritto di accesso dell'interessato – art. 15 del Regolamento 679/2016).

DICHIARAZIONE DI COMPLETA COMPrensIONE ED ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a _____

acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità sopra descritte, ritenendo adeguata la presente informativa e comprendendone appieno i contenuti.

Firma leggibile per consenso

Vercelli, _____