



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 il trasferimento dell'iscrizione per cittadini comunitari con titolo conseguito all'estero, utilizzando le facilitazioni previste dalla normativa vigente in materia di autocertificazione.

Per iscriversi, per trasferimento, 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 formati tessera uguali tra loro
- 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) Fotocopie: documento di identità comprovante residenza in provincia di Vercelli, codice fiscale, certificato di matrimonio per le donne sposate che hanno acquisito il cognome del marito
- 7) Titolo di Studio in lingua originale
- 8) Decreto di riconoscimento
- 9) 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".

10) ricevuta del pagamento della quota annuale di iscrizione all'Ordine di provenienza

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

DOMANDA DI TRASFERIMENTO

MARCA DA BOLLO
16,00 €

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 21 l'iscrizione per trasferimento all'Albo professionale

Infermiere **Infermiere pediatrico**

tenuto dal su intestato Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Vercelli per
trasferimento dall'Ordine di _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000)

dichiara ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000
(barrare dove richiesto **solo** le caselle che interessano)

di essere nato/a _____ Prov. _____ il _____

di essere in possesso del seguente codice fiscale _____

di essere residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via/P.za _____ n. _____ int. _____

Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____ PEC _____

di avere domicilio professionale in _____ Prov. _____ CAP _____

Via/P.za _____ n. _____ int. _____

di essere cittadino _____

di godere dei diritti civili _____

*(in caso negativo **non** barrare la casella e specificare nello spazio)*

di essere in possesso del seguente titolo abilitativo alla professione _____

conseguito presso _____ il _____

di esercitare la professione come libero professionista dipendente altro

di essere iscritto/a all'ENPAPI (Ente nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica)

di essere regolarmente iscritto/a all'Albo degli Infermieri Infermieri pediatrici tenuto dall'Ordine
di _____ dal _____

di avere regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e alla Federazione
(articolo 10, lettera c) DPR 5/4/1950n. 221)

di avere regolarmente eseguito il pagamento dei contributi all'ENPAPI (Ente nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica) *(articolo 10, lettera c) DPR 5/4/1950n. 221)*

di **non** avere riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. – *cosiddetto patteggiamento*)

di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

A titolo di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dichiara

di **non** essere sottoposto/a a procedimento disciplinare

di **non** essere sospeso/a dall'esercizio della professione

di **non** essere stato cancellato/a per morosità/irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessun albo provinciale

Vercelli, _____

Firma _____



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. _____

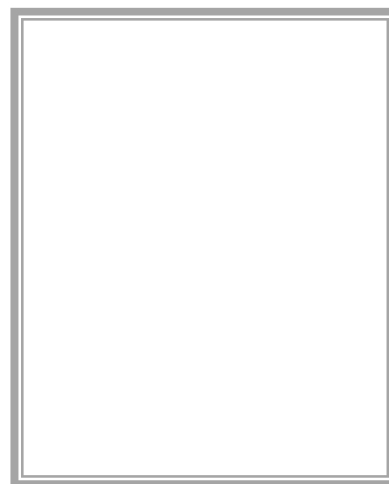
Rilasciato a _____

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 COMPRESIONE 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, _____