



DOMANDA DI ISCRIZIONE

I ALBO

Rev. 10

Pag. 2 di 4

29.01.24

8. Di essere in possesso del seguente Codice Fiscale _____

9. Di GODERE dei diritti civili (in caso negativo specificare nello spazio) _____

DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.200, n 445 di non aver subito condanne penali e/o comunque di non trovarsi in una condizione che, ai sensi degli articoli 42 e 43 del D.P.R. n 221/1950, comportino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale

10. 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

11. Di NON essere stato cancellato/a per morosità/irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessuna altro albo provinciale.

12. Di essere in possesso della seguente partita IVA _____

INFORMATIVA

Ricordiamo che l'iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche è obbligatoria per l'esercizio professionale, e che è vincolata alla comunicazione di:

- cambio di domicilio e/o residenza,
- scadenze e rinnovi del permesso di soggiorno,
- pagamento delle quote annuali,
- variazione numeri telefonici,
- variazione indirizzo posta elettronica.

I casi per i quali è attivata la cancellazione sono:

- mancato invio/rinnovo permesso di soggiorno
- morosità
- irreperibilità accertata
- altre situazioni che il Consiglio Direttivo valuterà come inadempienti

Dichiaro che la fotografia a fianco riproduce l'effigie di:

(Cognome) _____

(Nome) _____

Documento d'identità:

- Carta d'identità Passaporto Patente di guida

n. _____

Rilasciato il ____/____/____

Firma dell'interessato _____

APPLICARE

FOTOTESSERA

	DOMANDA DI ISCRIZIONE	I ALBO Rev. 10 Pag. 3 di 4 29.1.24
---	------------------------------	---

Informativa D.Lgs 196/2003 art. 13 e sue m.i

Egregio signore, Gentile Signora, La informiamo che:

- Il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DLCPS 233/46 e 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 della domanda da lei formulata, per le finalità ad essa strettamente connesse e per gli scopi istituzionali dell'Ordine di cui all'art. 3 del DLCPS 233/46
- Il trattamento è effettuato. A) con strumenti cartacei, b) con elaboratori elettronici,
- I dati saranno comunicati ai soggetti di cui all'art. 2 del DPR 221/50 ed eventualmente ad altri soggetti ai soli fini di perseguire gli scopi prescritti dall'art. 3 del DLCPS 233/46,
- Il titolare dei dati è il Presidente pro tempore,
- Il responsabile del trattamento è il segretario pro tempore dell'Ordine,
Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dal Regolamento Europeo 679/2016 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine in Via argine dx 193, Imperia, pec: imperiaopi@pec – email ordineinfermierimperia@gmail.com. La cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dell'Albo, motivata solo dal fatto di non esercitare più la professione infermieristica.
- Se esistono i presupposti di legge, l'iscrizione sarà deliberata entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda, salvo deroghe di legge.

Liberatoria utilizzo dati

COGNOME NOME (stampatello)

FIRMA (per accettazione)

Ordine Professioni Infermieristiche di Imperia

Il sottoscritto _____ incaricato,

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000,

che il/la Signor/a _____ identificato/a a mezzo di _____

ha sottoscritto in sua presenza la domanda di iscrizione.

Imperia, _____ **FIRMA dell'incaricato che riceve la domanda di iscrizione**



DOMANDA DI ISCRIZIONE

I ALBO
Rev. 10
Pag. 4 di 4
29.01.2024

ELENCO DOCUMENTI DA PRESENTARE IN SEGRETERIA

- ✓ Fotocopia documento di identità in corso di validità
- ✓ Fotocopia codice fiscale
- ✓ N. 2 fototessere
- ✓ Marca da Bollo da 16 €
- ✓ Ricevuta versamento Euro 168 sul c/c postale n. 8003 – intestato all'Ufficio Tasse Concessioni Governative di Pescara
- ✓ Certificato di Laurea o relativa autocertificazione
- ✓ Contributo di 110€ da versare sull'IBAN IT34Z0301503200000003820736 intestato a Ordine Infermieri Imperia
- ✓ Modulo consenso sulla privacy
- ✓ PEC oppure richiesta di attivazione PEC con OPI Imperia

LA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI IMPERIA VERRA' ESAMINATA E DELIBERATA L'ISCRIZIONE, PER LEGGE, ENTRO 90 GIORNI DALLA DATA DI PRESENTAZIONE, PREVIA VERIFICA DEI REQUISITI E DEI DATI AUTOCERTIFICATI.

PER RICEVERE IL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE INVIARE UNA EMAIL A:

ordineinfermierimperia@gmail.com

PER RICEVERE LE OFFERTE FORMATIVE DELL'OPI SUL PROPRIO CELLULARE, MEMORIZZA QUESTO NUMERO **3914595611** NELLA TUA RUBRICA TELEFONICA, ED INVIA UN WHATTSAPP CON I TUOI DATI.

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **Salvatore Labrosciano** responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **Salvatore Labrosciano**

Sede: via Argine Destro, 193 – 18100 Imperia (IM), IT

Contatti e recapiti:

Telefono	0183680898
E-mail	ordineinfermierimperia@gmail.com
Sito Web	www.ordineinfermierimperia.it
PEC	imperiaopi@pec.it

Il Responsabile del Trattamento dei suoi dati personali sono responsabili nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e potranno essere contattati per qualsiasi informazione o richiesta; il nominativo e i recapiti del Responsabile del Trattamento sono di seguito riportati:

Responsabile del Trattamento: **Tiziano Tomatis**

Sede: via Argine Destro, 193 – 18100 Imperia (IM), IT

Contatti e recapiti:

Telefono	0183680898
Email	ordineinfermierimperia@gmail.com

L'Incaricato del Trattamento dei suoi dati personali sono responsabili nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e potranno essere contattati per qualsiasi informazione o richiesta; il nominativo e i recapiti degli Incaricati del Trattamento sono di seguito riportati

Incaricato del Trattamento: **Salvatore Labrosciano**

Sede: via Argine Destro, 193 – 18100 Imperia (IM), IT

Contatti e recapiti:

Telefono	0183680898
Email	ordineinfermierimperia@gmail.com

Incaricato del Trattamento: **Baldassare Renda**

Sede: via Argine Destro, 193 – 18100 Imperia (IM), IT

Contatti e recapiti:

Telefono	0183680898
Email	ordineinfermierimperia@gmail.com

Incaricato del Trattamento: **Bruno Papa**

Sede: via Argine Destro, 193 – 18100 Imperia (IM), IT

Contatti e recapiti:

Telefono	00183680898
Email	ordineinfermierimperia@gmail.com

Potrà inoltre rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati per avere informazioni e inoltrare richieste circa i suoi dati o per segnalare disservizi o qualsiasi problema eventualmente riscontrato.

Il Titolare del Trattamento **Salvatore Labrosciano** ha nominato Responsabile della Protezione dei Dati **Carmine Luca Panza** che potrà contattare ai seguenti recapiti:

Responsabile della Protezione dei dati: **Panza Carmine Luca**

Sede: via Argine Destro, 193 – 18100 Imperia (IM), IT

Contatti e recapiti:

Telefono	0183680898
Email	ordineinfermierimperia@gmail.com

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base giuridica
----------	---------------	----------------

Esecuzione di un compito di un pubblico interesse	Professione dichiarata; Istruzione e cultura; Informazioni di carattere giudiziario (art. 4, comma 1, lett e), D.lgs. 196/2003; Immagini; Origini etniche; Codice fiscale, Partita IVA e altri numeri di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, pagina facebook, ecc.); Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale	Norma/Unione Europea (GDPR 2016/679)
---	---	--------------------------------------

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

Categorie di destinatari:

Società esterne e Professionisti che svolgono servizi per nostro conto (in qualità di Responsabili esterni debitamente nominati); Enti e Pubbliche amministrazioni per adempimenti di legge e, in particolare, alla Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche, al Ministero della Salute, al Ministero di Grazia e Giustizia, al Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, alla Procura, alla Prefettura, alla Questura, alla Regione, agli Ordini delle Professioni Infermieristiche provinciali, all'Ente di previdenza Enpapi, a tutte le Aziende Sanitarie interessate, Centri di formazione professionale (Finalizzati alla partecipazione alle commissioni d'esame), alle cooperative ed ai consulenti e liberi professionisti in forma singola o associativa (motivi fiscali, previdenziali e legali).

Finalità del trattamento:

I dati personali che riguardano ogni iscritto, ossia il nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale, la Professione dichiarata; Istruzione e cultura; Informazioni di carattere giudiziario (art. 4, comma 1, lett e), D.lgs. 196/2003; Immagini; Origini etniche; Codice fiscale, Partita IVA e altri numeri di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, pagina Facebook, ecc.); dallo stesso forniti, verranno trattati dal Titolare del Trattamento, dal Responsabile della Protezione dei dati e dagli incaricati al Trattamento dei dati, ai sensi di quanto previsto nei paragrafi che seguono del presente documento, con modalità prevalentemente telematiche e elettroniche, per le seguenti finalità:

- Per la registrazione dell'interessato nel database amministrativo del Titolare e per fruire dei servizi ivi resi disponibili.
- Per finalità strettamente connesse e/o necessarie alla soddisfazione delle richieste formulate, di volta in volta dall'interessato, attraverso e-mail o altro strumento di comunicazione, quali a titolo meramente esemplificativo, richieste di carattere personale, tecnico, burocratico, istituzionale e richieste di informazioni in senso lato.
- Per l'esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa, nazionale e/o comunitaria, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.
- Per l'invio di convocazione ad assemblee, eventi e quant'altro strettamente finalizzato agli scopi istituzionali dell'OPI.
- Per l'invio di e-mail, newsletter e materiale informativo divulgativo connesso con l'attività infermieristica.
- Per la pubblicazione di immagini o altri dati sulle pagine istituzionali o altre pagine social dell'OPI.

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- La durata del trattamento è determinata come segue: In essere fino alla cancellazione dall'Albo Professionale, su domanda dell'interessato o per morosità o per carenza dei requisiti necessari per l'esercizio della professione.
- Ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento.
- Se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento.
- Ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la protezione dei dati personali.

Imperia, 27.10.2021

Il Titolare del Trattamento
Salvatore Labrosciano

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
(Ai sensi dell'Art. 7 del GDPR UE 2016/679)

Il sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ (_____) Data di nascita ____/____/____

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13-14 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Salvatore Labroschiano secondo le finalità riportate di seguito:
Esecuzione di un compito di pubblico interesse: **ISCRIZIONE/GESTIONE/CANCELLAZIONE ALBO PROFESSIONALE**

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario: per la salvaguardia dei miei interessi vitali o degli interessi vitali di un'altra persona fisica relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali è richiesto il mio consenso:

- a) Attività formativa: invio di email, newsletter e materiale informativo connesso all'attività infermieristica tramite canali convenzionali e social
- b) Invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale da parte di terzi
- c) Pubblicazione di immagini o altri dati sulle pagine istituzionali dell'Ente o oltre pagine social dell'Ente.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati: Origini etniche (Dati sensibili); Immagini (Dati sensibili) e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale. Sussistenza dei requisiti per esercitare la professione.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli relativi a condanne penali e reati (art. 10 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati: Informazioni di carattere giudiziario (art. 4, comma 1, lett e), D.lgs. 196/2003 e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti alle categorie suddette è possibile poiché ricade nelle condizioni previste dalla citata norma e Richiesta presso il casellario giudiziale di sussistenza di condanne penali e reati. Base giuridica: Norma Unione Europea (GDPR 2016/679). Il trattamento è svolto sotto il controllo dell'Autorità Pubblica.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso:

Attività formativa: invio di email, newsletter e materiale informativo connesso all'attività infermieristica tramite canali convenzionali e social

ACCONSENTO NEGO IL CONSENSO

Invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale da parte di terzi

ACCONSENTO NEGO IL CONSENSO

Pubblicazione di immagini o altri dati sulle pagine istituzionali dell'Ente o oltre pagine social dell'Ente

ACCONSENTO NEGO IL CONSENSO

Tutte le autorizzazioni rilasciate potranno essere modificate/revocate in ogni momento solo per iscritto (es. lettera, raccomandata, e-mail con avviso di lettura, PEC) e detta revoca/richiesta di modifica avrà effetto dal quinto giorno lavorativo successivo a quello di ricevimento di detta comunicazione.

Luogo _____ data ____/____/____ FIRMA _____

Da consegnare a mano o via email a: ordineinfermierimperia@gmail.com