

 Ordine Infermieri Imperia	<h1>DOMANDA DI ISCRIZIONE</h1>	Marca da bollo da 16€	I ALBO Rev. 12					
N. Prot. Data	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">○ Pratica controllata</td> <td style="width: 33%;">N. Iscr.</td> <td style="width: 33%;">Data CD</td> </tr> <tr> <td>○ Pratica completa</td> <td>Data</td> <td></td> </tr> </table>	○ Pratica controllata	N. Iscr.	Data CD	○ Pratica completa	Data		Pag. 4 di 4 15.11.2025
○ Pratica controllata	N. Iscr.	Data CD						
○ Pratica completa	Data							

Egregio Presidente Ordine delle Professioni Infermieristiche di Imperia

Il/la sottoscritto/a (Cognome) _____

(Nome) _____

Chiede di essere iscritto all'Albo professionale tenuto da codesto Ordine. A tal fine consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 46,75,76 DPR 28/12/2000 N. 445)

DICHIARA

1. Di essere nato a _____ prov _____ il _____

2. Di essere residente nel comune di _____ prov _____ cap _____

Via _____ n. _____

Email _____ @ _____

Email PEC _____ @ _____

Telefono _____ Cell _____

Da compilare se diverso dalla residenza:

3: Di avere il proprio domicilio professionale nel comune di _____ prov _____

Via _____ n. _____ cap _____

4. Di essere cittadino/a _____

5. Di essere in possesso del permesso di soggiorno di tipo _____ con scadenza _____

6. Di avere conseguito in data _____ presso (Scuola/ Università) di _____

con votazione di _____ il diploma/laurea in _____

7. Di essere in possesso del seguente titolo abilitativo alla professione di

☐ **INFERMIERE**

☐ **INFERMIERE PEDIATRICO**



DOMANDA DI ISCRIZIONE

I ALBO

Rev. 11

Pag. 2 di 4

28.1.2025

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. 11 Pag. 3 di 4 28.1.2025
---	------------------------------	---

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. 11

Pag. 4 di 4

28.1.2025

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 DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE - BANCA FINECO
- ✓ 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

Gentile iscritto OPI Imperia di seguito la modulistica per la gestione della raccolta dei dati.

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 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