



Ordine  
Infermieri  
Imperia

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

Marca da bollo  
da 16€

I ALBO

Rev. 12

Pag. 4 di 4

15.11.2025

### 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'effige di:

( Cognome ) \_\_\_\_\_

( Nome ) \_\_\_\_\_

Documento d'identità:

- Carta d'identità     Passaporto     Patente di guida

n. \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

**APPLICARE**

**POTOTESSERA**



## 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 sussegente 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 INFERNIERISTICHE - BANCA FINECO
- ✓ Modulo consenso sulla privacy
- ✓ PEC oppure richiesta di attivazione PEC con OPI Imperia

LA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL’ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERNIERISTICHE DI IMPERIA VERRÀ 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 CONSENTO**  
(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  
di terzi

Invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale da parte

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