

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Savona
DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE



Marca
da bollo € 16.00

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Savona

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a a _____ (____) Nazione _____ il ___/___/_____

Codice Fiscale

Residente a _____ (____) CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Cellulare n. _____

E-mail _____ @ _____ . _____

PEC _____ @ _____ . _____

CHIEDE

Di essere iscritto/a all'Albo professionale degli

Infermieri Infermieri pediatrici

tenuto da questo Ordine.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (artt. 46, 47, 75,76 DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

(barrare solo le caselle che interessano)

Di essere nato/a il _____ a _____ (____)

Di essere residente in _____ (____)

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Modulo rev. 2 del 19.03.2024

Via Verzellino, 73r – 17100 Savona; telefono 019810658 – CF: 80023360094
segreteria@pec.opisavona.it – segreteria@opisavona.it – www.opisavona.it

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Savona
DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE



(Compilare solo se non coincide con la residenza)

Di essere domiciliato/a in _____ (_____)
Via/Piazza _____ n _____ CAP _____

Di essere cittadino/a _____

Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____

conseguito in data ___/___/___ presso la Scuola/Università degli Studi di _____

_____ a _____ CAP _____

Via/Piazza _____

(indicare la denominazione della Scuola/Università con l'indirizzo completo della via e della città in cui è ubicata la Scuola che ha rilasciato il diploma o la Segreteria della Facoltà di Medicina e Chirurgia che ha rilasciato la Laurea).

Di godere dei pieni diritti civili.

Di NON aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex articolo 444 c.p.p. - c.d. Patteggiamento).

ovvero

Di AVER riportato condanne penali (indicare l'Autorità Giudiziaria _____).

Di NON essere destinatario/a di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente.

ovvero

Di ESSERE destinatario/a di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente (specificare _____).

Di essere a conoscenza che per concludere l'iter di iscrizione l'Ordine effettuerà controlli presso il Tribunale competente sui carichi pendenti e sul casellario giudiziale.

Di NON essere attualmente iscritto/a presso altro Ordine italiano né di aver presentato relativa Domanda presso altro Ordine.

ovvero

Di ESSERE già stato/a iscritto/a presso l'Ordine di (o Collegio Ipsvi) di _____.

Di NON essere mai stato cancellato/a per morosità/irreperibilità.

ovvero

Modulo rev. 2 del 19.03.2024

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Savona
DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE



- Di ESSERE stato cancellato/a per morosità/irreperibilità, in data _____.
- Di NON essere mai stato radiato dall'Albo.
ovvero
- Di ESSERE stato radiato dall'Albo, in data _____.

**DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO CON
TITOLO NON CONSEGUITO IN ITALIA**

- di essere in possesso del Decreto di riconoscimento del titolo e autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di _____,
rilasciato il _____, prot. n° _____
(allegare fotocopia del certificato di equipollenza e il titolo di studio)
- di aver provveduto alla richiesta del permesso di soggiorno alla Questura di _____,
in data ___/___/_____
(allegare fotocopia della richiesta del permesso di soggiorno).
- di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____
in data ___/___/_____, con scadenza il ___/___/_____
(allegare fotocopia del permesso di soggiorno)
- di aver superato l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana (parlata e scritta) e delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia il
___/___/_____ presso _____
(allegare fotocopia della certificazione del superamento dell'esame, se sostenuto presso altro Ordine)



DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO CON TITOLO CONSEGUITO IN ITALIA

di aver provveduto alla richiesta di permesso di soggiorno alla Questura di _____
in data ___/___/_____

(allegare fotocopia della richiesta del permesso di soggiorno)

di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____
in data ___/___/_____, con scadenza il ___/___/_____

(allegare fotocopia del permesso di soggiorno)

A COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE SE CITTADINO COMUNITARIO CON TITOLO NON CONSEGUITO IN ITALIA

di essere in possesso del Decreto di riconoscimento del titolo e autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di _____,
rilasciato il _____, prot. N _____

(allegare fotocopia del certificato di equipollenza e il titolo di studio)

di essere in possesso dell'attestazione di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione Europea
rilasciato dal comune di residenza

(allegare fotocopia del certificato)

di aver superato l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana (parlata e scritta) e delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia il
___/___/_____ presso _____

(allegare fotocopia della certificazione del superamento dell'esame, se sostenuto presso altro Ordine)



**DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE SE CITTADINO ITALIANO CON TITOLO NON
CONSEGUITO IN ITALIA**

di essere in possesso del Decreto di riconoscimento del titolo e autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di _____,
rilasciato il _____, prot. n° _____
(allegare fotocopia del certificato di equipollenza e il titolo di studio)

L'iscritto si impegna a:

- **Comunicare tempestivamente e nei termini di legge all'Ordine il proprio indirizzo digitale**
- **Corrispondere la quota annuale, entro i termini prestabiliti**
- **Comunicare tempestivamente eventuali cambi di domicilio e/o di residenza, recapiti telefonici attraverso l'indirizzo digitale.**

Savona, ___/___/____

Il/La dichiarante _____



INFORMATIVA PRIVACY

A partire dal 25 maggio 2018 sono applicabili anche in Italia le disposizioni del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR). Desideriamo informarti che abbiamo provveduto a recepire le disposizioni della suddetta normativa (e a quelle nazionali seguenti, come il D.Lgs 101/2018) al fine di continuare a garantire un elevato livello di qualità e sicurezza dei servizi ai Nostri Iscritti. Ti invitiamo a visionare periodicamente, per cogliere eventuali aggiornamenti, la nostra informativa privacy riportata nella sezione dedicata all'interno del sito www.opisavona.it (alla voce PRIVACY).

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 trattamento è effettuato con strumenti cartacei e con elaboratori elettronici a disposizione presso la sede dell'Ordine di Savona.

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.

In caso rifiutasse di fornire i dati non sarà possibile attivare l'istruttoria per procedere all'eventuale iscrizione all'albo.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è l'Ordine Delle Professioni Infermieristiche di Savona, 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: Ordine Delle Professioni Infermieristiche di Savona – OPI SAVONA

Legale Rappresentante: Presidente pro-tempore

Sede: via Verzellino 73r - 17100 Savona

PEC segreteria@pec.opisavona.it

Email segreteria@opisavona.it

Telefono +39.019.810658

In caso di problematiche riguardanti la "riservatezza" (privacy) dei suoi dati personali e la loro tutela o per segnalare eventuali disservizi/violazioni a tal riguardo, potrà rivolgersi in qualsiasi momento al Responsabile della Protezione dei Dati nominato da OPI Savona, Sig. Calzia Massimiliano, che potrà contattare tramite gli uffici di OPI Savona e/o inviando specifica comunicazione ai seguenti recapiti:

Responsabile della Protezione dei Dati/Data Protection Officer (DPO/RPD): Calzia Massimiliano

PEC m.calzia@pec.it

Mail m.calzia.dpo@gmail.com

Modulo rev. 2 del 19.03.2024

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Savona
DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE



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
Adempimenti connessi allo svolgimento, disbrigo e ottenimento delle pratiche, attestazioni e servizi richiesti e prestati da OPI Savona	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; luogo di nascita e/o provenienza; Dati relativi a condanne penali e reati; Grado di Istruzione; Certificati di qualità e Attestati professionali; Indirizzo e-mail; Provincia di residenza; Professione dichiarata; Sesso m/f; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.); Immagini	Norma Unione Europea (GDPR 2016/679) e nazionale (D.Lgs 196/2003 così come aggiornato da D.Lgs 101/2018)

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito: Uffici giudiziari, Enti locali, Pubbliche Amministrazioni, Organi istituzionali, Ordini professionali (Trasferimenti ad altri Ordini), Istituzioni di formazione professionale (Formazione obbligatoria), Società e imprese (Supporto nella gestione degli adempimenti discendenti dalle normative di settore), Strutture Sanitarie e convenzionate.

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

- La durata del trattamento è determinata come segue: l'OPI di Savona, conserverà i dati degli interessati in una forma che consenta l'identificazione degli stessi per un arco temporale non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti. I dati strettamente necessari per gli adempimenti fiscali contabili, venuta meno la finalità per la quale erano stati raccolti, verranno comunque conservati per un periodo non superiore a 10 anni e comunque a secondo le disposizioni di legge.
- La data di inizio del trattamento giuridico è correlata all'entrata in vigore del GDPR 2016/679.
- Ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento (nei termini concessi dalle leggi e salvo obblighi per il Titolare).
- 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 all'Autorità di Controllo "Garante per la protezione dei dati personali".
- Ha l'obbligo legale di fornire i suoi dati ai sensi dell'art.9 del DPCLS 233/46 e susseguente art.4 del DPR 221/50 per ottenere l'iscrizione all'Albo.

NOME e COGNOME _____

Savona, ____/____/____

Il/La Dichiarante _____

Modulo rev. 2 del 19.03.2024