**MARCA DA BOLLO**

**€ 16.00**

**DPR26/10/72**

**N°642**

**DM 20/08/92**

**Al Presidente**

**dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese**

**Viale Borri, 209 - 21100 – VARESE**

La/Il sottoscritt \_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜

# CHIEDE

di essere iscritta/o all’Albo Professionale dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese come:

❑ INFERMIERE ❑ INFERMIERE PEDIATRICO

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 28/12/2000 n. 445, art. 46 e 76[[1]](#footnote-1)

## DICHIARA

❑ di essere nata/o il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ di essere residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_🕿\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🕿(cell) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🖂Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(compilare solo se non coincide con la residenza)***

Di essere domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_🕿\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🕿(cell) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ di avere il proprio domicilio professionale in (Città)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_\_

Via o Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🕿\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🖂 Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ di essere titolare di partita I.V.A. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ di essere cittadino\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ di godere dei diritti civili

❑ di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla segreteria del collegio ogni cambiamento dei dati sopra riportati

❑ di aver conseguito il titolo di studio il *(gg/mm/aa)* *(Anno Accademico)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* presso *(Scuola Regionale/Università)* di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ di non aver riportato condanne penali e non avere provvedimenti giudiziari in corso *(in caso positivo indicare l’Autorità Giudiziaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ di non essere iscritto ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche

*(ovvero di essere iscritto all’Ordine delle Professioni Infermieristiche di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

❑ di non essere stato iscritto precedentemente ad altro dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche *(ovvero di essere stato iscritto all’/agli Ordine/i delle Professioni Infermieristiche di*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) e di essere stato/a cancellato/a per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **SOLO PER 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ e 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) |

|  |
| --- |
| **SOLO PER CITTADINO EXTRACOMUNITARIO CON TITOLO CONSEGUITO IN ITALIA** |
| ❑ 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ e con scadenza il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  (allegare fotocopia del permesso di soggiorno) |

|  |
| --- |
| **SOLO PER 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 rilasciata 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) |

|  |
| --- |
| **SOLO PER 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) |

**Luogo e data,**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FIRMA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Esente da autentica di firma ai sensi dell’art.3, comma 10 della Legge 17/97)*

**Alla presente allega i seguenti documenti:**

1. n° 1 marca da bollo da € 16.00 (sedici/00);

2. n° 2 fotografie formato tessera uguali e recenti, delle quali una verrà legalizzata *(ai sensi dell’art.34 del DPR 445/20001)* da parte dell’Ordine;

3. Copia di un documento di riconoscimento *(Carta d’identità, passaporto; patente)* con l’apposizione in calce dell’attestazione della conformità all’originale ai sensi dell’art. 18 del DPR445/2000 esente dall’imposta di bollo, (art.37 DPR 445/2000);

4. Fotocopia del codice fiscale;

5. Fotocopia del titolo di studio.

6. Ricevuta del versamento di € 168,00 effettuato sul c/c postale n. 8003 intestato a “Agenzia delle Entrate – Centro operativo di Pescara - tasse di Concessioni Governative” - con causale "Iscrizione all’Ordine delle Professioni Infermieristiche" (cod.8617)

7. Ricevuta del versamento di € 70,33 sul c/c postale n° 18245217 intestato a: “Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese”, Causale del versamento: tassa di iscrizione e tassa annuale.

La/Il dichiarante AUTORIZZA l’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese al trattamento dei dati personali in ottemperanza a quanto predisposto dal DLgs n. 196 del 30/06/2003 relativo al Codice in materia di protezione dei dati personali.

Varese,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firmare all’Ordine alla presenza dell’impegatato/a di segreteria*

**INFORMATIVA SULLA *PRIVACY***

(ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13, D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 “Testo Unico sulla *Privacy*” e del DPR 445/2000)

Gent.ma Signora , Egr. Signore

La informo che per ottenere l’iscrizione all’Albo è obbligatorio ai sensi dell’art. 9 del DPCLS 233/46 e art. 4 del DPR 221/50; il conferimento dei dati. Nel caso rifiutasse di fornire i dati necessari non sarà possibile attivare l’istruttoria per evadere la Sua richiesta di iscrizione all’albo.

I dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l’istanza 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 e ss. mm. ii.;

In osservanza di quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, siamo a fornirLe le dovute informazioni in ordine alle finalità e modalità del trattamento dei Suoi dati personali, nonché l'ambito di comunicazione e diffusione degli stessi, la natura dei dati in nostro possesso e del loro conferimento.

Per “trattamento” dei dati si intende la loro raccolta, la loro registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

**a) Finalità del trattamento**

I Suoi dati, in nostro possesso o che ci verranno comunicati, sono da noi trattati per:

- finalità connesse all’attività istituzionale prevista dallo Statuto dell’OPI di Varese;

- finalità amministrative e contabili;

- finalità relative alla crescita culturale degli iscritti (ad esempio la gestione dei crediti formativi per l’aggiornamento professionale rilasciati dal Ministero della Salute; l’invio tramite servizio postale di pubblicazioni periodiche agli iscritti);

- finalità connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti, normative comunitarie nonché da disposizioni impartite da autorità o organi di vigilanza e controllo.

**b) Modalità del trattamento**

I dati saranno trattati:

- con l’ausilio di sistemi tradizionali manuali e supporti cartacei, con l’ausilio di sistemi informatici e supporti magnetici;

- da soggetti incaricati, costantemente identificati e istruiti ai sensi del D.Lgs n. 196/2003;

**c) Ambito di comunicazione dei dati**

I Suoi dati, ad eccezione di quelli definiti sensibili, per esclusive ragioni funzionali, gestionali, fiscali e di legge, potranno essere comunicati solo a:

- Enti od organismi pubblici che per legge, regolamento o direttiva comunitaria hanno diritto o obbligo a conoscerli;

- Soggetti correlati all’attività istituzionale dell’Ordine;

- Consulenti fiscali, legali.

Inoltre, solo dietro espressa richiesta dell’iscritto, e al solo fine della stipulazione della polizza di assicurazione per la responsabilità civile e professionale, i dati personali potranno essere comunicati all’Impresa di Assicurazione convenzionata con l’Ordine, nella modalità concordata tra l’impresa e l’Ordine stesso.

In ciascuna fase impiegheremo tutte le misure di sicurezza atte a garantire la riservatezza del soggetto interessato, a cui i dati si riferiscono, ed a evitare l’indebito utilizzo da parte di soggetti terzi non autorizzati; nel rispetto di quanto previsto dalle misure minime di sicurezza indicate nell’allegato B del D.Lgs n. 196/2003 e nelle forme e nei limiti previsti dalle applicabili Autorizzazioni del Garante per la protezione dei dati personali.

**d) Natura del conferimento**

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto necessario per adempiere a quanto previsto al punto a). Il titolare rende noto, inoltre, che l'eventuale rifiuto a fornirci i suoi dati personali e ad autorizzarne la comunicazione ai soggetti indicati al punto c), ha come conseguenza l'impossibilità di dare esecuzione, totale o parziale, al rapporto in essere o che andremo a costituire.

**e) Diritti dell’interessato**

In relazione ai predetti trattamenti Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dall'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (di seguito allegato), rivolgendosi al Titolare del Trattamento.

**f) Titolare del Trattamento**

Titolare del trattamento dei suoi dati è l’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese – Viale Borri, 209, – 21100 Varese rappresentato dal Presidente in carica.

La cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dall’Albo motivata solo dal fatto di non esercitare più la professione infermieristica.

Varese, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’interessato per ricezione e presa visione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Allegato***

**Art.7.Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

1. #### “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia”…” il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera”

   [↑](#footnote-ref-1)