



**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI
ALESSANDRIA**

Via Buonarroti, 16 - 15121 ALESSANDRIA

Tel. 0131.218113 - Fax. 0131.240208

Email: posta@opial.it

Pec: postaopial@pec.it

**ORARI SEGRETERIA:
Martedì 08,45 - 12,30
Giovedì 14,45 -18,30**

NORME PER IL TRASFERIMENTO ALL'OPI DI ALESSANDRIA

Per richiedere il trasferimento dell'iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Alessandria, occorre produrre i seguenti documenti:

1. **DOMANDA** indirizzata al Presidente dell'OPI: COMPILARE IL MODULO ALLEGATO ED APPORRE MARCA DA BOLLO DA Euro 16,00
2. **AUTOCERTIFICAZIONE:** COMPILARE IL MODULO ALLEGATO
3. **N. 2 fotografie** recenti formato tessera UGUALI tra loro (**FIRMATE SUL RETRO**)
4. **Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) - OBBLIGATORIO**
5. **FOTOCOPIE:**
 - documento d'identità,
 - codice fiscale
 - le cittadine straniere (o con cittadinanza italiana acquisita) sposate, che hanno adottato il cognome del marito, devono allegare il certificato di matrimonio qualora il cognome riportato sul titolo di studio non coincida con l'attuale

Ad iscrizione avvenuta, l'Ufficio provvederà all'invio - tramite PEC - di relativa notifica

NON STAMPARE I MODULI IN MODALITA' FRONTE/RETRO

Responsabile del procedimento amministrativo Ass. Amm. Barbara Brugnone

Alessandria _____

Marca da bollo
€. 16,00

Al Presidente dell'OPI di Alessandria
Via M. Buonarroti 16

Il /la sottoscritt. _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____

Via/Corso/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____

PEC _____

CHIEDE

di essere iscritto all'Albo Professionale - tenuto da codesto Ordine, per

Infermieri

Infermieri Pediatrici

per trasferimento dall'Ordine Provinciale di _____

ALLEGA:

1. Dichiarazione sostitutiva di certificazione
2. Ricevuta del versamento quota iscrizione a favore dell'Ordine di provenienza
3. n. 2 fotografie
4. Fotocopia di un documento d'identità
5. Fotocopia codice fiscale
6. _____

IL/LA DICHIARANTE

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 T.U. - D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ . CAP _____
Via _____ n. _____

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni e di falsità in atti il D.P.R.445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ il _____
- di avere il seguente Codice Fiscale _____
- di essere residente in _____
Prov. _____ CAP _____
Via/Piazza/Corso _____ n. _____
- (se diverso da residenza) di essere domiciliato in _____
Prov. _____ CAP _____
- di avere il proprio domicilio professionale in _____
Prov. _____ CAP _____
- di essere cittadino/a _____
- di godere dei diritti civili (*in caso negativo non* barrare la casella e specificare nello spazio)

- di **non** aver riportato condanne penali
- di aver riportato le seguenti condanne (*indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante. Indicare anche le sentenze con non menzione e i patteggiamenti, anche risalenti a più di 5 anni - ex art. 444 c.p.p. - cosiddetto patteggiamento*)

-
-
- 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
 - di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
 - di **non** essere sottoposto a procedimento disciplinare
 - di **non** essere sospeso dall'esercizio delle Professione
 - di essere in possesso del titolo di studio (**PRECEDENTE IL TITOLO PROFESSIONALE di Infermiere/Infermiere Pediatrico**):
 - o Biennio Superiore
 - o Triennio Superiore
 - o Liceo Scientifico
 - o Liceo Classico
 - o Liceo Linguistico
 - o Liceo Artistico
 - o Liceo Psico Pedagogico o similare
 - o Diploma Magistrale
 - o Diploma Istituto Tecnico
 - o Diploma Istituto Professionale
 - o Laurea _____
 - o Altro

- di essere in possesso del seguente titolo professionale

- Infermiere

- Infermiere Pediatrico

conseguito il _____ presso _____

- di esercitare la Professione come:
 - libero professionista
 - dipendente
 - altro _____
- di essere Iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica)
- di **non** essere Iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica)
- di essere regolarmente iscritto all'Albo degli:
 - Infermieri
 - Infermieri Pediatrici

tenuto dall'OPI di _____ dal ___ / ___ / ____

- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'OPI (art. 10, lettera c DPR 05 aprile 1950 n. 221)

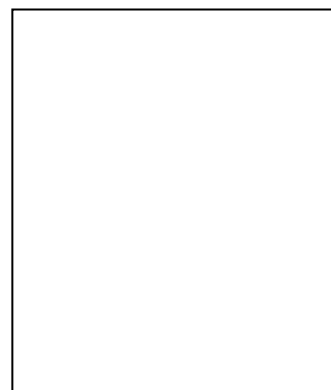
Alessandria, li _____

Firma _____



di Alessandria

**Si certifica che la fotografia a fianco applicata
riproduce l'effigie di:**



Cognome e Nome.....

nato/a a

il

Documento d'Identità

n°

rilasciato

il

firma dell'interessato/a

Firma del Delegato OPI di Alessandria

Alessandria,

**INFORMATIVA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL DLGS. 196/2003
"Codice sulla tutela dei dati personali"**

I Vostri dati personali conferiti per via del rapporto intercorrente tra Voi e l'Albo, anche eventualmente in occasione di rapporti commerciali, sono da noi trattati esclusivamente per finalità attinenti l'esatto assolvimento di obblighi in materia fiscale, amministrativa e civilistica: il rifiuto eventuale di fornire tali dati comporterà l'impossibilità di fornire quanto da Voi richiesto.

Per le finalità di cui sopra non è necessario conferire e, quindi, non saranno in nostro possesso dati definiti dal citato Dlgs. quali "sensibili", cioè idonei a rilevare stato di salute, adesione a sindacati, convinzioni religiose e filosofiche, adesione a partiti politici. Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, e potrà essere effettuato anche mediante strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

Inoltre, precisiamo che i dati a Voi riferibili potranno essere comunicati a Banche ed Istituti Finanziari, a studi Legali, per la gestione degli incassi e pagamenti eventualmente dovuti.

Inoltre i Vostri dati potranno essere inoltre comunicati, a seguito di ispezioni, verifiche o richieste, all'Amministrazione Finanziaria ed agli Enti/organismi preposti a verifiche e controlli circa il regolare adempimento di obblighi civili-fiscali-amministrativi.

Detti dati non vengono da noi trasferiti né all'estero né nell'ambito dell'Unione Europea e saranno da noi conservati e trattati sino a Vostra contraria disposizione.

Evidenziamo che il trattamento dei dati di cui sopra, è obbligatorio ed essenziale ai fini dell'esecuzione degli obblighi di Legge, nonché ai fini dell'esatto adempimento delle obbligazioni civilistiche e fiscali previste dall'attuale normativa e che detti dati saranno trattati indipendentemente dal Vs. consenso, ai sensi dell'articolo 24, comma 1 lettere a - b del Dlgs. 196/2003.

Il titolare del trattamento è l'Ordine scrivente, nella persona del Presidente *pro tempore*. Responsabile del trattamento l'Amministrativa Barbara Brugnone, domiciliata per la predetta carica presso la sede dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche scrivente.

L'articolo 7 del Dlgs. 196/2003 Vi attribuisce i seguenti diritti, che potrà esercitare inviando alla nostra sede apposita comunicazione, anche a mezzo telefax, al numero riportato nella presente:

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.

Per presa visione: _____

Alessandria _____