



**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI  
ALESSANDRIA**

Via Buonarroti, 16 – 15121 ALESSANDRIA

Tel. 0131.218113 – Fax. 0131.240208

Email: [posta@opial.it](mailto:posta@opial.it)

Pec: [postaopial@pec.it](mailto:postaopial@pec.it)

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

**NORME PER L'ISCRIZIONE ALL'OPI DI ALESSANDRIA:**

Per iscriversi all'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Alessandria, occorre avere la residenza o il domicilio o esercitare la professione nella circoscrizione dell'Ordine, quindi nella Provincia di Alessandria, e 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. **ATTESTAZIONE** di versamento di Euro 168,00 sul c/c postale n. 8003 intestato a: Ufficio del registro, Tasse e Concessioni Governative (i bollettini preintestati sono disponibili presso tutti gli uffici postali [Modalità: Rilascio - Codice 8617 ] )

**QUOTA DI ISCRIZIONE** € 80,00 da versare tramite PagoPA che vi verrà fornito

successivamente via PEC

5. **ATTIVAZIONE Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) - OBBLIGATORIA**

**6. FOTOCOPIE:**

- documento d'identità,
- codice fiscale,
- per le donne sposate, che hanno acquisito il cognome del marito, certificato di matrimonio.
- permesso di soggiorno

\*\*\*\*\*

Coloro che sono in possesso di più Diplomi abilitanti possono richiedere l'iscrizione a più Albi presentando una domanda per ogni iscrizione

**NON SI ACCETTANO DOMANDE DI ISCRIZIONE NON CORREDATE DELLA DOCUMENTAZIONE COMPLETA.**

**La quota versata è valida per l'anno solare in corso, qualsiasi sia il mese in cui avviene l'iscrizione all'Ordine.**

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

Marca da bollo  
€. 16,00

Alessandria, \_\_\_\_\_

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

Il /la sottoscritt. \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

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**

### ALLEGA:

- a) Dichiarazione sostitutiva di certificazione
- b) ricevuta del versamento di Euro 168,00 effettuato a mezzo CCP 8003 a favore dell'Ufficio del Registro - Tasse e Concessioni Governative
- b) ricevuta del versamento quota iscrizione a favore dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Alessandria
- c) n. 2 fotografie
- d) fotocopia di un documento d'identità
- e) fotocopia codice fiscale
- f) permesso di soggiorno

g) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

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 del D.lgs 196/2003

**DICHIARA**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Di essere domiciliato in \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

di essere cittadino/a \_\_\_\_\_

di godere dei diritti civili

di essere in possesso del titolo di studio (**PRECEDENTE IL TITOLO PROFESSIONALE**):

Biennio Superiore

Triennio Superiore

Liceo Scientifico

Liceo Classico

- ◇ Liceo Linguistico
- ◇ Liceo Artistico
- ◇ Diploma Magistrale
- ◇ Diploma Istituto Tecnico
- ◇ Diploma Istituto Professionale
- ◇ Laurea
- ◇ Altro

o di essere in possesso del seguente titolo professionale

- Infermiere
- Infermiere Pediatrico

conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

o di non aver riportato condanne penali

o 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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

o di non aver iscrizioni a proprio carico nel Registro delle Notizie di Reato (art. 335 CPP) (In caso positivo non barrare la casella ma indicare il tipo di reato ascritto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

**SOLO PER CITTADINO NON COMUNITARIO CON TITOLO CONSEGUITO IN ITALIA**

o di aver provveduto alla richiesta del permesso di soggiorno alla Questura di

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (allegare fotocopia della richiesta del

permesso di soggiorno)

- o 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 E NON COMUNITARIO**

**CON TITOLO NON CONSEGUITO IN ITALIA**

- o 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)

- o di aver provveduto alla richiesta del permesso di soggiorno alla Questura di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(allegare fotocopia della richiesta del permesso di soggiorno)

- o di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e con scadenza il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(allegare fotocopia del permesso di soggiorno)

- o 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**

- o 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)

o di non essere stato in precedenza iscritto ad altro OPI (in caso contrario indicare quale e i motivi della cancellazione)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

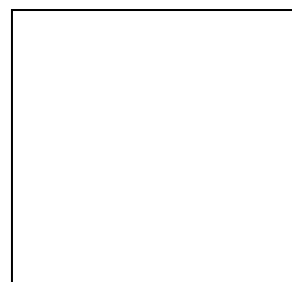
Alessandria, li \_\_\_\_\_

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.*

Firma per presa visione: \_\_\_\_\_

Alessandria \_\_\_\_\_