

Al Consiglio  
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bolzano  
Via Maso della Pieve, 4A  
39100 Bolzano (BZ)

marca da  
bollo € 16,00

## DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ESAME DI CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

N.B. Si prega di scrivere  
In stampatello

(cognome)

(nome)

Infermiere/a

Infermiere/a Pediatrico/a

### chiede di essere ammesso/a

all'esame della buona conoscenza della lingua italiana parlata e scritta

all'esame di conoscenza delle leggi e regolamenti che regolano la professione infermieristica in Italia (solo per cittadini extracomunitari)

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole, altresì, di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000

### dichiara ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000

di essere nata/o a \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

di essere domiciliato/a a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

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

di essere in possesso del seguente titolo abilitativo della professione \_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Università di \_\_\_\_\_

di essere in possesso del Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione infermieristica rilasciato il \_\_\_\_\_ prot. nr. \_\_\_\_\_;

di avere il permesso di soggiorno, rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_ (solo per cittadini extracomunitari);

di essere iscritto all'Anagrafe del comune di residenza e precisamente presso l'Anagrafe del Comune di \_\_\_\_\_ (solo per cittadini comunitari);

di aver già sostenuto presso l'OPI di Bolzano o presso altri OPI (specificare quale \_\_\_\_\_) altre sessioni d'esame per la conoscenza della lingua italiana (in caso negativo **non** barrare la casella);

di godere dei diritti civili (in caso negativo **non** barrare la casella e specificare nello spazio \_\_\_\_\_);

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 aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex Art. 444 c.p.p. – *cosiddetto patteggiamento*) (in caso positivo **non** barrare la casella e specificare nello spazio \_\_\_\_\_);

di non essere attualmente iscritto ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche;

di non essere stato precedentemente iscritto ad altro/nostro Ordine (in caso positivo non barrare la casella ed indicare quale nello spazio seguente) \_\_\_\_\_;

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma leggibile del dichiarante \_\_\_\_\_

**DOCUMENTI da allegare alla domanda di iscrizione da presentare personalmente all'ufficio:**

1. fotocopia del titolo di studio estero e del decreto di autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione infermieristica (del diploma conseguito all'estero e del decreto del Ministero della Salute gli originali vanno esibiti all'ufficio);
2. fotocopia di valido documento d'identità (carta di identità, patente o passaporto);
4. fotocopia del codice fiscale,
5. fotocopia del Permesso di Soggiorno (in corso di validità) solo per cittadini stranieri non comunitari (cittadini NON-EU);
6. fotocopia dell'attestazione di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione Europea solo per cittadini stranieri comunitari (cittadini EU);
7. marca da bollo di € 16,00;
8. **100,00 €** da versare in contanti presso la segreteria dell'OPI di Bolzano.

- Si rammenta che per i cittadini stranieri comunitari ed extracomunitari il superamento dell'esame di lingua è propedeutico all'iscrizione all'albo professionale.
- Su tutti i dati sopra riportati secondo autocertificazione verranno effettuati controlli da parte degli uffici di segreteria dell'OPI come da vigenti disposizioni normative.
- A seguito di regolare presentazione della domanda il Consiglio Direttivo evaderà l'istanza di ammissione all'esame di lingua entro tre mesi dal deposito della domanda.
- La domanda, completa di documentazione deve essere presentata almeno 5 gg prima della data d'esame. L'Ordine si riserva la possibilità di ammettere all'esame le domande presentate oltre tale data.

<b>Informativa sul trattamento dei suoi dati personali – esame di lingua</b>	
Questa informativa è resa all'interessato così come disciplinato dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali	
Titolare del trattamento	Il Titolare del trattamento è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia Autonoma di Bolzano, OPI Bolzano, con sede in Bolzano, via Maso della Pieve 4
Responsabile Protezione Dati (DPO)	Il Titolare ha nominato il Responsabile della protezione dei dati (DPO) che può essere contattato all'indirizzo e-mail opibz@dpo.bz.it
Finalità del trattamento	I suoi dati personali richiesti nel seguente modulo sono raccolti e conservati per dare esecuzione alla sua richiesta di domanda di ammissione all'esame di lingua italiana.
Base giuridica	Leggi e regolamenti nazionali
Conseguenze in caso di rifiuto	Il mancato conferimento dei dati personali comporterà l'impossibilità per il Titolare di dare esecuzione alla sua richiesta.
Destinatari esterni e ambito di comunicazione dei dati	Nel caso in cui la sua domanda sia stata accolta i suoi dati personali saranno comunicati alla Federazione Nazionale Ordine delle Professioni Infermieristiche e alle seguenti autorità pubbliche a cui la legge delega compiti specifici: Ministero della Salute, Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Giustizia, Ministero dell'Istruzione, Presidente della Federazione Nazionale OPI, Ente nazionale di Previdenza ed Assistenza, Commissario del Governo, Presidente della Giunta Provinciale di Bolzano, Assessore Provinciale alla Sanità di Bolzano, Presidente del Tribunale Civile e Penale di Bolzano, Procuratore della Repubblica di Bolzano, Questore di Bolzano, Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano, Direttori dei comprensori dell'Alto Adige e a tutti gli OPI (Ordini professioni infermieristiche).
Trasferimenti verso Paesi extra UE	Non è previsto alcun trasferimento di dati personali al di fuori dell'Unione Europea
Tempi di conservazione dati	Il Titolare del trattamento dei dati conserverà il modulo compilato nei termini obbligatori per legge nel rispetto del principio secondo cui il trattamento dei dati non deve prolungarsi per un tempo superiore a quello necessario rispetto agli scopi per i quali è effettuato il trattamento. Decorso tale termine saranno resi anonimi esclusivamente per finalità statistiche.
Diritti di accesso e reclamo	Scrivendo a info@opibz.it le è garantito il diritto di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• chiedere nuovamente le informazioni contenute in questo documento;</li> <li>• chiedere l'esistenza e l'accesso ai dati che la riguardano;</li> <li>• chiedere l'aggiornamento e l'integrazione dei dati forniti;</li> <li>• chiedere la cancellazione dei dati personali, salva l'esistenza di un diritto del Titolare alla conservazione degli stessi;</li> <li>• chiedere la comunicazione dei dati personali conservati eventualmente dal Titolare o la consegna di una loro copia.</li> </ul> Qualora ritenga che il trattamento abbia violato un suo diritto potrà presentare obiezioni nei confronti del DPO scrivendo a opibz@dpo.bz.it e anche presentando reclamo presso l'Autorità Garante. Per l'esercizio dei suddetti diritti la legittimità della sua richiesta potrà essere valutata previa verifica della sua identità.

Per presa visione:

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_