

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

marca da
bollo € 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

N.B. Si prega di scrivere

(cognome)

(nome)

In stampatello

ch i e d e

l'iscrizione all'albo professionale degli

Infermieri

Infermieri Pediatrici

tenuto dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bolzano ed 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 _____ prov. _____ 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 _____

posta elettronica certificata (PEC) _____

(Ai sensi del D.L. 185/2008 convertito con la Legge 28/01/2009 n. 2, ogni iscritto all'Albo deve dotarsi di una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC).

di essere cittadino/a _____

di essere in possesso del seguente titolo abilitativo della professione _____

conseguito in data _____ presso _____

_____ a _____

Università di _____

- 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*) e/o comunque di non trovarsi in una delle condizioni che, ai sensi degli artt. 42 e 43 del DPR n. 221/1950, importino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale (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) _____;
- di sapere che l'iscrizione è obbligatoria per l'esercizio della professione, indipendentemente dal rapporto di lavoro (volontario e non);
- di sapere che la presente iscrizione resterà in vigore e si intenderà tacitamente rinnovata di anno in anno fino a quando non venga disdetta dall'iscrittato/o mediante compilazione della domanda di cancellazione (consultabile nel nostro sito <http://www.opibz.it/>) allegando marca da bollo di Euro 16,00, entro il 15 novembre dell'anno in questione.

Luogo e data _____ Firma leggibile del dichiarante _____

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

1. fotocopia del Diploma di laurea/Diploma (l'originale va esibito all'ufficio),
 2. fotocopia del titolo di studio estero e della dichiarazione di equipollenza del Ministero della Salute (per diploma conseguito all'estero – l'originale va esibito all'ufficio);
 3. fotocopia di valido documento d'identità (carta di identità, patente o passaporto);
 4. fotocopia del codice fiscale,
 5. due foto in formato tessera uguali e recenti nonché firmate in stampatello con nome e cognome sul retro,
 6. fotocopia del Permesso di Soggiorno (in corso di validità) solo per cittadini stranieri non comunitari (cittadini NON-EU);
 7. fotocopia dell'attestazione di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione Europea solo per cittadini stranieri comunitari (cittadini EU);
 8. marca da bollo di € 16,00;
 9. ricevuta del versamento "**tassa concessione governativa**" di € 168,00 sul c/c postale n. 8003 (codice tariffa 8617),
 10. pagamento della tassa di iscrizione di € 100,00.-; la quota viene saldata in contanti presso l'ufficio OPI.
- 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, in base al DPR 5 aprile 1950 n. 221, art. 8, il Consiglio Direttivo evaderà l'istanza entro tre mesi dal deposito della domanda.

Informativa sul trattamento dei suoi dati personali – iscrizione albo

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 iscrizione all'albo professionale.
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). I suoi dati personali saranno comunicati anche alla società ST Post S.r.l. di cui il Titolare si avvale per l'invio della convocazione assemblea e il pagamento annuale della quota associativa.
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">• chiedere nuovamente le informazioni contenute in questo documento;• chiedere l'esistenza e l'accesso ai dati che la riguardano;• chiedere l'aggiornamento e l'integrazione dei dati forniti;• chiedere la cancellazione dei dati personali, salva l'esistenza di un diritto del Titolare alla conservazione degli stessi;• chiedere la comunicazione dei dati personali conservati eventualmente dal Titolare o la consegna di una loro copia; 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 _____