

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

in marca da bollo da € 16.00

**Al Presidente
Ordine delle Professioni
Infermieristiche di GENOVA**

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ Nazione _____

residente a (città) _____ dal _____

Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____

domiciliato in Italia a (città) _____

Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____

recapiti telefonici _____

e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

di essere iscritto/a all'Albo professionale degli _____ tenuto dal su intestato Ordine.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n.445)

DICHIARA

(ai sensi dell'artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 N. 445)
(barrare e compilare solo le caselle che interessano)

☐ di essere nato/a a _____ Nazione _____ il _____

☐ di essere **domiciliato** in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____

Telefono _____ Cellulare _____

☐ di essere cittadino/a _____

☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio infermieristico _____

☐ conseguito in data _____ con votazione _____

presso _____

☐ di godere dei diritti civili

☐ di non aver subito condanne penali e/o comunque di non trovarsi in una delle condizioni che, ai sensi degli articoli 42 e 43 del D.P.R. n.221/1950, comportino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale.

☐ di essere in possesso del seguente codice fiscale _____

☐ di essere in possesso di partita IVA n. _____

☐ di non essere attualmente iscritto ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche (se iscritto, indicare sotto l'Ordine)

☐ di non essere stato iscritto precedentemente ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche (se sì indicare quale)

Allega alla presente i seguenti documenti:

- 1 marca da bollo da Euro 16,00;
- n.2 fotografie formato tessera recenti;
- Ricevuta del Versamento di Euro 168,00 sul conto corrente n. 8003 intestato ad "Agenzia delle entrate – Ufficio di Pescara – Tasse Concessioni Governative".

Genova, li _____

Il/la dichiarante _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 48 del DPR 445/2000

Egr. Sig.re/Gent.ma Sig.ra

La informiamo che:

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DLCP 233/46 e susseguente art. 4 del DPR 221/50 per ottenere l'iscrizione all'Albo;
- in caso rifiutasse di fornire i dati non sarà possibile attivare l'istruttoria per procedere alla eventuale iscrizione all'albo;
- i dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata, per le finalità ad essa strettamente connesse e per gli scopi istituzionali del Collegio di cui all'art. 3 del DLCP 233/46;
- il trattamento viene effettuato con strumenti cartacei e con strumenti elettronici a disposizione degli Uffici;
- i dati verranno comunicati ai soggetti di cui all'art. 2 del DPR 221/50 ed eventualmente ad altri soggetti ai soli fini di perseguire gli scopi prescritti dall'art. 3 del DLCP 233/46;
- in caso di accettazione della presente domanda, i dati saranno, anche se idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, pubblicati sull'Albo ufficiale e diffusi esclusivamente tramite questo strumento;
- Titolare del trattamento è FNOPI di Roma

si riporta il testo dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 che stabilisce che l'interessato ha diritto:

1. 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. 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. 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. 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.
- 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.
 - I diritti di cui all'articolo 7 sono esercitati con richiesta rivolta senza formalità al Titolare, anche per il tramite di un incaricato; alla richiesta sarà fornito idoneo riscontro senza ritardo. Lei può in ogni momento esercitare tali diritti rivolgendosi presso la sede dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Genova di P.zza Dante 9/12 sc. A – 16121 - Genova
Tel. 010-590611 al Titolare del trattamento dei dati personali: Fnopi di Roma
e-mail: genova@cert.ordine-opi.it

Si comunica a tutti gli iscritti e ai neo iscritti che la Federazione degli Ordini delle Professioni Infermieristiche ha previsto la possibilità per Pubbliche amministrazioni Aziende Sanitarie, Pubbliche Amministrazioni e Autorità competenti di effettuare verifiche cumulative dello stato di iscrizione dei professionisti, mediante caricamento di file in formato Excel contenenti i codici fiscali degli interessati. [Clicca qui per approfondire la Valutazione di Impatto sulla protezione dei dati](#)

DICHIARAZIONE DI COMPLETA COMPrensIONE ED ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità sopra descritte, ritenendo adeguata la presente informativa e comprendendone appieno i contenuti.

Firma leggibile per consenso _____