

MODULO DI RICHIESTA ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE

Marca da bollo di
€. 16,00

*Al Presidente dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Palermo
Via Manin, 7
90139 Palermo*

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere iscritt__ all'Albo Professionale degli _____ tenuto da codesto 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'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445
(barrare e compilare solo le caselle che interessano)

- Di essere nato/a _____ Prov. _____ il _____
- Di avere il seguente Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Di essere residente in _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Via/Piazza _____ N° _____
- Di essere domiciliato in _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Via/Piazza _____ N° _____
Cell _____ E-Mail (**stampatello**) _____
E-mail PEC (obbligatoria) _____
- Di essere cittadino/a _____
- Di godere dei diritti civili;
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio (infermieristico):

conseguito in data _____ presso _____
- Di non aver riportato condanne penali (*in caso positivo, non barrare la casella, ma specificare*)

- Di non essere in possesso della Partita IVA (*in caso positivo indicare il numero*) N° _____

- Di non esercitare attività libero professionale né individualmente, né in forma associata o in società professionali, né quale di socio cooperativa sociale, né sotto forma di collaborazione coordinata e continuativa
- Di non essere attualmente iscritto ad altro Ordine O.P.I. (*in caso positivo indicare quale* _____)
- Di non essere stato precedentemente iscritto ad altro Ordine O.P.I. (*in caso positivo indicare quale* _____)

Allega alla presente:

- **n. 2 fotografie formato tessera uguali e recenti** di cui una verrà legalizzata ai sensi dell'art. 34 DPR 445/2000 da parte dell'Ordine e una verrà apposta sul tesserino;
- **n. 2 copie della Carta di Identità con l'apposizione in calce dell'attestazione della conformità all'originale ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000 esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);**
- **n. 1 copia Codice Fiscale;**
- **Ricevuta di versamento di € 168,00** sul conto corrente postale n. 8904 intestato a: "Ufficio Tasse Concessioni Governative di Roma (Sicilia), Causale: "Tassa di prima iscrizione O.P.I. Palermo;
- **Ricevuta di versamento di € 75,00** da effettuare sul portale dei pagamenti all'indirizzo: <https://palermo.opi.pluginpay.it/Integrazioni/AvvisoSpontaneoPAAnonimo> cliccando su "servizi di segreteria"-scegli la tariffa "nuova iscrizione albo" – "iscrizione albo 75.00€" e compila il form del contribuente.
- **Autocertificazione di Laurea in Infermieristica.**
- **Certificazione vaccinazione completa**

Data _____

Il/La dichiarante _____

*(La presente dichiarazione non necessita della autenticazione della firma)***N.B. La Firma va apposta all'Ordine in presenza dell'impiegato/a**

AVVERTENZA: Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000)

*** **

Informativa ai sensi dell'art. 13 decreto legislativo 196/2003 e dell'art. 48 del DPR 445/2000

Egr. Sig. / Gent.ma Sig.ra

La informiamo che:

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DPCLS 233/46 e su 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 all'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 dell'Ordine di cui all'art. 3 del DLCPS 233/46;
- il trattamento viene effettuato in forma automatizzata e/o manuale 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 DLCPS 23/46;
- il titolare del trattamento è il Presidente AMATO Antonino;
- il responsabile del trattamento è il Segretario BORDONARO Emanuele Giuseppe;
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsto dall'art. 13 della legge 675/96 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine O.P.I. di Palermo.

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.

Palermo lì _____

Il/La dichiarante _____

INFORMATIVA PER L'ISCRITTO

Ricordiamo che l'iscrizione all'Ordine è obbligatoria per l'esercizio professionale e che è vincolata alla comunicazione/possesso di:

- ✓ cambi di domicilio e/o residenza,
- ✓ scadenze e rinnovi del permesso di soggiorno,
- ✓ pagamento delle quote annuali,
- ✓ variazione numeri telefonici,
- ✓ variazione indirizzo posta elettronica,
- ✓ Possesso di posta elettronica certificata (PEC)*

I casi per i quali è attivata la cancellazione sono:

- ✓ mancato invio/rinnovo permesso di soggiorno,
- ✓ morosità,
- ✓ irreperibilità accertata,
- ✓ altre situazioni che il Consiglio Direttivo valuterà come inadempimenti.

*** Nel caso in cui non si è in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC), può essere effettuata formale richiesta di attivazione compilando il seguente modulo di seguito riportato.**

Palermo lì _____

Firma dell'interessato/a _____

AUTOCERTIFICAZIONE DI LAUREA
(Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n°445)

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 il _____ residente a _____ in Via _____ n _____
 CAP _____ domiciliato a _____ in Via _____ n _____
 Codice Fiscale _____ recapito telefonico _____
 Email: _____ - E-mail PEC: _____

- consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerò nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
- consapevole che decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

DICHIARA

di aver conseguito la laurea in _____
 presso la Scuola di _____
 dell' Università degli Studi di _____
 in data _____ con il punteggio di _____.

Palermo li _____

Firma

**Alla Segreteria dell'Ordine
delle Professioni Infermieristiche di Palermo**

Oggetto: Richiesta di attivazione indirizzo di Posta Elettronica Certificata personale.

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il Sottoscritto: _____ nato a _____
il _____ Cod. Fiscale: _____ residente
a _____ in Via/P.zza _____ N° _____
CAP _____ Prov. _____ Tel. _____ Email _____

CHIEDE

l'attivazione di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) offerta dall'O.P.I. di Palermo

Username richiesto: (Nome e Cognome) _____ .opipalermo@pec.it

Il sottoscritto si impegna ad effettuare, immediatamente al primo accesso, il cambio password seguendo queste istruzioni: accedere a <https://webmail.pec.it>, opzioni, password, inserire la vecchia e la nuova password. Quest'ultima dovrà essere mantenuta segreta.

Si avvisa che il sottoscritto è l'unico responsabile dell'avente in oggetto e nel caso di uso improprio, l'Ente O.P.I. di Palermo declina ogni responsabilità, l'Ente è tenuto in qualsiasi momento a disattivare il servizio oltre a comunicare tali irregolarità.

Inoltre, il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e/o integrazioni.

L'indirizzo di posta elettronica certificata verrà eliminato non appena il professionista eseguirà la cancellazione o il trasferimento dall'Ordine Professionale.

Palermo li _____

Firma _____