

**Modalità e documenti necessari per
l'ISCRIZIONE all'Albo (mod. Cittadini Italiani)**



1) Domanda di iscrizione (modello allegato) con marca da bollo da **€ 16,00**

2) Ricevuta comprovante il pagamento della tassa di concessione governativa

Importo: **€ 168,00**

c.c.p. nr. 8003

intestato a: Agenzia delle Entrate – Centro Operativo Pescara

Estremi compilazione bollettino:

Codice tariffa: 8617

Tipo versamento: RILASCIO

Causale versamento: iscrizione albo professionale

3) N. 2 fotografie formato tessera uguali

4) Un valido documento di riconoscimento

5) Copia certificato assolvimento obbligo vaccinale (art. 4 comma 6 DL 26/11/2021 N. 172

Resta ferma la facoltà dell'interessato di presentare l'originale del diploma e del tesserino del codice fiscale.

Dopo l'avvenuta delibera di iscrizione all'Albo Professionale si dovrà provvedere al versamento presso la Segreteria dell'Ordine (solo con bancomat o carta di credito) della somma di iscrizione pari a **€ 104,00** così suddivisa:

- € 70,00 per quota di iscrizione annua (Si precisa che la quota è annuale e indivisibile)
- € 30,00 per tassa di 1^ iscrizione
- € 4,00 per rilascio tessera

INFORMATIVA DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196 art. 13

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

La informiamo che:

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DLCPS 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 DLCPS 233/46;
- il trattamento viene effettuato con: a) strumenti cartacei; b) elaboratori 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 DLCPS 233/46;
- il titolare del trattamento è il Consiglio Direttivo di questo Ordine. Il responsabile del trattamento è il Presidente Dott. Walter Rossi
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 61 del Decreto Legislativo 196/03 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine in via La Spezia 226/A, Telefono 0521/1680836, E-Mail parma@cert.ordine-opi.it. 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.

Marca da bollo
€ 16,00

Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche della provincia
Di PARMA

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il /la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ prov. _____

in via _____ n. _____

chiede l'iscrizione all'Albo Professionale di codesto Ordine come _____

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

di chiamarsi _____

di essere nato/a a _____ il _____

di essere cittadino/a italiano/a

di essere residente in _____ Prov. _____

C.A.P. _____ in via _____ n. _____

Cell. _____ E-Mail _____

PEC (campo obbligatorio da compilare) _____

(da indicare solo se diverso dalla residenza) di essere domiciliato in _____

in via _____ n. _____

di avere il domicilio professionale presso _____

sito in _____

di essere in possesso del seguente codice fiscale _____

di aver conseguito il Diploma/Laurea _____

presso _____ in data _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

di essere titolare di partita iva n. _____ dal _____

di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti pendenti (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. - cosiddetto patteggiamento)

in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria: _____

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 godere dei diritti politici e civili

di non essere stato iscritto precedentemente ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche (in caso positivo scrivere quale: _____)

Si allegano i seguenti documenti:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità
- Ricevuta comprovante il pagamento della tassa di concessione governativa di € 168,00 sul c.c.p. nr. 8003
- N. 2 fotografie formato tessera uguali
- Certificato assolvimento obbligo vaccinale

Inoltre, informato ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 esprime con la firma apposta in calce il proprio consenso al trattamento dei dati personali sopra riportati.

Con osservanza.

Parma, _____

Il/La dichiarante

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della Legge 127/97.

AVVERTENZA:

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