Cancella tutti i dati

Stampa domanda

Inserire qui marca
da bollo 16,00 euro

Al Presidente dell'Ordine
delle Professioni Infermieristiche
di CASERTA

__l__sottoscritt__ _____

nat__a _____ il _____

residente in _____

indirizzo _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 221 l'iscrizione per trasferimento all'Albo degli _____

tenuto dall'O.P.I. di Caserta, per trasferimento dall'O.P.I. di _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445) in caso di falsità e mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (Art. 75 DPR 445/2000)

DICHIARA

Ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n. 445

(barrare e compilare solo le caselle che interessano)

☐ di essere cittadin__ _____

☐ di essere nat__ il _____ a _____

☐ di essere residente in _____

indirizzo _____

cap ☐☐☐☐☐ Tel. _____ Cellulare _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Mail (obbligatoria) _____

PEC (Posta Elettronica Certificata) _____

☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio abilitante all'esercizio della professione di: _____

conseguito in data _____ con votazione _____ presso la:

☐ Scuola _____

sede di _____

☐ Università _____

sede di _____

(Solo per i cittadini stranieri extracomunitari)

di essere in possesso:

☐ di regolare permesso o carta di soggiorno rilasciato il _____ dalla Questura di _____

☐ di godere dei diritti civili

☐ di **NON** godere dei diritti civili (specificare nello spazio in basso)

_____

(Da compilare se il domicilio e' diverso dalla residenza)

di avere il proprio domicilio professionale in _____

cap _____ indirizzo _____

PEC _____

Email _____ tel/Cell. _____

☐ di **non** aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di patteggiamento della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. cosiddetto patteggiamento) (In caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante):

_____

☐ di **non** essere destinatari__ 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 normativa vigente;

☐ di **non** essere a conoscenza di essere sottopost__ a procedimenti penali;

☐ di esercitare la professione come (barrare la casella di interesse):
- ☐ libero professionista
- ☐ dipendente presso
- ☐ altro _____

☐ di esercitare la libera professione dal _____
- ☐ in forma singola
- ☐ in forma associata (specificare la denominazione) _____
- ☐ come socio di cooperativa (specificare la denominazione) _____

☐ di essere in possesso di partita IVA n. _____

☐ di essere iscritt__ all'Enpapi (Ente nazionale di Previdenza e Assistenza della professione Infermieristica)

☐ di **non** essere iscritt__ all'Enpapi (Ente nazionale di Previdenza e Assistenza della professione Infermieristica)

☐ di essere regolarmente iscritt__ all'Albo degli Infermieri Pediatrici

dell'O.P.I. di _____

dal giorno _____ n.posizione _____

☐ di avere regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine *(art. 10, lettera c)* DPR 5/4/1950 n.221)

☐ di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi all'Ente Enpapi (Ente Nazionale Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione Infermieristica)*(articolo 10, lettera c)* DPR 5/4/1950 n.221)

A titolo di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dichiara:
(art. 47 DPR 445/2000)

☐ di **non** essere sottopost__ a procedimento disciplinare

☐ di **non** essere sospes__ dall'esercizio della professione

☐ di **non** essere stato cancellat__ per morosità/irreperibilità né di essere stat__ radiat__ da nessun Albo Provinciale

☐ di avere il proprio domicilio professionale in _____

cap _____ indirizzo _____

ALLEGA:
- ☐ 1 marca da bollo vigente;
- ☐ due foto tessera uguali e recenti, di cui una autenticata in carta semplice (*);
- ☐ fotocopia del numero di Codice fiscale;
- ☐ fotocopia della Carta d'identità;
- ☐ fotocopia del pagamento della tassa per l'anno corrente annuale al proprio Ordine di appartenenza;
- ☐ dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in caso di domicilio professionale - (da compilare direttamente allo sportello della segreteria) unitamente allo stato di servizio o presentazione del badge marcatempo alla segreteria;
- ☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione residenza;
- ☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione di titolo di studio professionale;
- ☐ autenticazione foto da parte dell'Ordine;
- ☐ **comunicazione PEC (OBBLIGATORIA) o presentazione del modulo per la richiesta;**
- ☐ altro:

_____

data: _____ IL DICHIARANTE _____
(per esteso e leggibile)

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

(*) L'autenticazione della fotografia può essere effettuata direttamente allo sportello, esibendo un documento d'identità valido.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 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 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 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 Ordine di cui all'art. 3 del DLCPS 233/46;
- il trattamento viene effettuato: a) con strumenti cartacei; b) con 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;
- titolare del trattamento è il Presidente pro-tempore;
- l'incaricata al trattamento è l'impiegata amministrativa: la sig.ra Antonia Porfidia
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsto dall'art. 7 del D.lgs 196/03 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine:

  Via Petrarca, 25 – P.co dei Pini -
  81100 – Caserta - tel.: 0823-343523
  e-mail: info@opicaserta.it
  PEC: caserta@cert.ordine-opi.it

INFORMATIVA

Ricordiamo che l'iscrizione all'O.P.I. di Caserta è obbligatoria per l'esercizio professionale, e che è vincolata alla comunicazione 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 e 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

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.

Se esistono i presupposti di legge, l'iscrizione sarà deliberata entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda, salvo deroghe di legge.

Presa visione, si autorizza il trattamento dei propri dati personali.

data: _____ Firma _____
(per esteso e leggibile)

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)
Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000)

AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000.n. 445)

__l__sottoscritt__ _____

nat__ a _____ il _____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

In merito alla domanda di trasferimento inoltrata all'O.P.I. di Caserta il giorno _____

di ESSERE RESIDENTE:

in _____ cap ☐☐☐☐☐ prov (____)

indirizzo _____

data: _____ Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione del doveri d'ufficio ai sensi dell'art. 74, comma 1, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

(Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000).

Dichiarazione sostitutiva della CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO

(Art.46 - lettere l,m,n - D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

__l__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ il _____

residente a _____

indirizzo _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

con riferimento alla domanda di iscrizione all'albo presentata all'O.P.I. di Caserta in data _____
di avere il Titolo di studio:

☐ Laurea in: Scienze Infermieristiche

conseguita in data _____

presso Università: _____

☐ Diploma in: _____

conseguito in data _____

presso Scuola: _____

con il seguente punteggio _____

__l__ sottoscritt__ dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n. 196 del 30 giugno 2003, di essere stat__ informat__ che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data: _____ Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

(Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Autenticazione foto

__l__ sottoscritt__ _____

nat__a _____ il _____

residente in _____

indirizzo _____

dichiara che la sopraesposta fotografia corrisponde alla propria immagine ed è stata personalmente consegnata alla segreteria dell'O.P.I. di Caserta, ai fini della iscrizione all'Albo Professionale degli _____

data: _____ Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

Nota: Non scrivere nella zona sottostante in quanto riservata all'ufficio _____

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI CASERTA

__l__sottoscritt__ _____
a seguito di presenza ed esibizione personale della sopra riportata fotografia, attesta che l'immagine della stessa, per constatazione diretta, risulta essere quella

di _____

nat__ a _____ il _____

residente in _____

Indirizzo _____

come comprovato, altresì dal documento esibito (C.I. - P.G.) n° _____

Rilasciato da _____ di _____

Tel: _____ Cel: _____

L'Ordine

Data _____

_____

Comunicazione Posta Elettronica Certificata (PEC)

Al Presidente
Dell'O.P.I.
di Caserta

__l__ sottoscritt__ _____

nat__a _____ il _____

residente a _____

indirizzo _____

in riferimento alla domanda di trasferimento presentata

dall'O.P.I. di _____

all'O.P.I. di **CASERTA** in data_____

in qualità di Infermiere Pediatrico

(n.b. specificare infermiere, infermiere pediatrico)

comunica, in adempimento al disposto dell'art.16 comma 7 legge 28.01.2009 (G.U del 28.01.2009 Supplemento Ordinario 14/L), di essere in possesso del seguente indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata):

_____

data: _____ Firma _____
(per esteso e leggibile)

Recapito/i telefonico/i per eventuali contatti

_____

Ai sensi e per gli effetti del disposto dal D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003 la sottoscrizione del presente modello autorizza al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità ivi indicate ed in conformità alle norme legislative e regolamenti vigenti e applicabili. Dichiara altresì di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti all'art. 7 del succitato Decreto, tra i quali quello di ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo/la riguardano, l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati presenti nonché la cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi presso la segreteria dell'O.P.I. di Caserta, in persona del suo Presidente e legale rappresentante pro-tempore in qualità di Titolare del trattamento dati personali ai sensi e per effetti della vigente normativa in materia.

data: _____ Firma _____
(per esteso e leggibile)

E' possibile consultare l'elenco pubblico dei gestori PEC accreditati presso l'Agenzia per l'Italia Digitale sul sito:http://www.agid.gov.it/infrastrutture-sicurezza/pec-elenco-gestori.