

Inserire qui marca da
bollo 16,00 euro

**Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche
CASERTA**

Il sottoscritt
(paternità e maternità)
Codice fiscale n° _____ residente a _____ tel. _____ cap _____
Indirizzo _____
in possesso del _____
diploma in _____
laurea in _____
conseguita, nell'anno _____ presso _____
chiede di essere iscritt _____ a codesto Ordine come _____
(specificare: Infermiere; Infermiere Pediatrico).
e-mail _____
posta elettronica certificata _____

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

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

di essere nat _____ a _____ prov _____
il _____ di chiamarsi _____
- di essere cittadin italian _____ ;
- di essere residente a _____
indirizzo _____
- di essere domiciliat _____ a _____
indirizzo _____
(specificare solo se il domicilio è diverso dalla residenza);
- di non avere mai riportato condanne penali, di non avere procedimenti penali e di essere di buona condotta;
- di godere dei diritti politici;
- di esercitare la professione infermieristica nella città di _____
presso _____

Per quanto concerne il Certificato del Casellario Giudiziale rinvia al precitato art. 10 legge 15/68.

Si allegano i seguenti documenti:

- ricevuta comprovante il pagamento della tassa iscrizione Albo professionale di Euro 50,00 sul c/c postale n. 15238819;
- ricevuta comprovante il pagamento della tassa erariale di Euro 168,00 sul c.c.p. 8003;
- n° 2 fotografie formato tessera;
- fotocopia del codice fiscale in carta semplice;
- fotocopia documento di riconoscimento;
- copia autenticata del diploma/laurea in Infermiere/Infermiere Pediatrico;
- certificazione del titolo di studio Infermiere/Infermiere Pediatrico.

Caserta,

Firma del dichiarante _____

ORDINE PROVINCIALE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI CASERTA
INFERMIERI – INFERMIERI PEDIATRICI

orario di apertura: lunedì - mercoledì - venerdì ore 16/19 martedì - giovedì ore 9,30/12,00
Via Petrarca, 25 P.co dei. Pini - 81100 Caserta (CE) - Tel. 0823.343523 Fax 0823.1764147

Per iscriversi agli Albi dell'OPI a corredo della domanda di iscrizione redatta su carta legale da Euro 16,00 (vedi fac-simile) occorre quanto segue:

- 1) Domanda d'iscrizione in carta bollata da euro 16,00;
- 2) Fotocopia autenticata del diploma/laurea (infermiere, infermiere pediatrico);
- 3) Ricevuta comprovante il pagamento della tassa erariale di euro 168,00 c.c.p. n. 8003 intestato all'Ufficio Tasse e Concessioni Governative - ROMA o PESCARA da richiedere agli Uffici Postali. Codice tariffa 8617;
- 4) Ricevuta comprovante il pagamento della tassa d'iscrizione di euro 50,00 da effettuarsi sul c/c postale n. 15238819 intestato all'OPI di Caserta;
- 5) Due fotografie identiche formato tessera;
- 6) Fotocopia del codice fiscale;
- 7) Fotocopia del documento di riconoscimento.

All'atto della presentazione della domanda d'iscrizione, si dovrà versare all'ordine: Euro 5,00 per diritti di Segreteria

Le successive quote d'iscrizione annue verranno pagate tramite bollettino che perverrà al domicilio dell'iscritto.

Il certificato Giudiziale Generale verrà richiesto da questo Ufficio direttamente alla Autorità.

N.B. La deliberazione dell'iscrizione avverrà entro e non oltre i 3 mesi dalla data di presentazione della domanda.

NON SI ACCETTANO DOCUMENTAZIONI INCOMPLETE Informativa legge 675/96 art.10 ai sensi dell'art.48 del DPR 445/3000

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 dell'ordine di cui all'art.3 del DLCPS 233/46;
- il trattamento viene effettuato: con strumenti cartacei e 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;

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art.13 della legge 675/96 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine. 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.

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

L'Ordine informa che, in adempimento all'art. 16, comma 7, Legge 28.01.2009 n. 2, (GU del 28/1/2009 supplemento ordinario n. 14/L), sussiste l'obbligatorietà di tutti i professionisti iscritti ad un Albo Professionale di acquisire un indirizzo PEC e di comunicarlo, al proprio Ordine di appartenenza.

Nel caso in cui si volesse attivare la PEC GRATUITAMENTE, l'OPI di Caserta la offre ai propri iscritti con dominio "PEC.OPICaserta.it" e potrà essere richiesta via WEB 60 gg. dopo l'avvenuta iscrizione.

Qualora, NON si volesse ricevere GRATUITAMENTE la PEC offerta dall'OPI di Caserta, la si dovrà acquisire autonomamente mediante uno dei gestori PEC accreditati presso l'Agenzia per l'Italia Digitale sul sito: <http://www.agid.gov.it/infrastrutture-sicurezza/pec-elenco-gestori> e comunicarla quanto prima.

Nota: Si ricorda che la casella PEC, se attivata gratuitamente con l'Ordine Provinciale di Caserta e con dominio @pec.ipasvicaserta.it o @pec.opicaserta.it, **sarà disabilitata e cancellata dopo 90 giorni** dalla data di delibera della cancellazione o del trasferimento.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 196/2003

Gentile Iscritt ,
ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 (di seguito T.U.), ed in relazione ai dati personali di cui l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Caserta entrerà in possesso, La informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento dei dati.
Il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta e completa esecuzione dei compiti d'Ufficio attribuiti dalla legge all'O.P.I.
2. Modalità del trattamento dei dati.
 - a) Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate all'art. 4 comma 1 lett. a) T.U.: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.
 - b) Le operazioni possono essere svolte con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati.
 - c) Il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.
3. Conferimento dei dati.
Il conferimento di dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1.
4. Rifiuto di conferimento dei dati. L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali nel caso di cui al punto 3 comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1.
5. Comunicazione dei dati.
I dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 a collaboratori esterni, soggetti operanti nel settore sanitario, alla Federazione Nazionale ed agli altri Ordini e, in genere, a tutti quei soggetti cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità indicate nel punto 1.
6. Diffusione dei dati.
I dati personali non sono soggetti a diffusione.
7. Trasferimento dei dati all'estero.
I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea nell'ambito delle finalità di cui al punto 1.
8. Diritti dell'interessato.
L'art. 7 T.U. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.
9. Titolare del trattamento. Titolare e responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Caserta.

I sottoscritt dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati sensibili, ai sensi e per gli effetti tutti del D.lgs. 196/2003 e sue modificazioni ed integrazioni necessario per la procedura di iscrizione.

Per ricevuta comunicazione

Caserta, lì

F.to: l'iscritt _____

**Dichiarazione sostitutiva della
CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO
(Art.46 - lettera l, m, n - D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)**

Il sottoscritt
nat a _____ il
residente in _____
Indirizzo _____

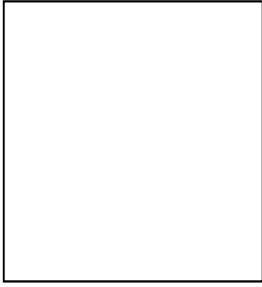
Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art 46 D.P.R. n° 445/2000

**DICHIARA
DI AVERE IL TITOLO DI STUDIO:**

Laurea in _____
Diploma in _____
conseguito in data _____
Presso _____
Con il seguente punteggio _____
Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art 37 D.P.R, 28 dicembre 2000, n° 445

Caserta,

Firma del dichiarante _____



Il sottoscritt

nat a _____

il _____

residente in _____

indirizzo _____

dichiara che la sopraesposta fotografia corrisponde alla propria immagine ed è stata personalmente consegnata alla Segreteria dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Caserta, ai fini della iscrizione all'Albo Professionale:

Caserta,

Firma del dichiarante _____

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

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI CASERTA

Il 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 \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Cel: \_\_\_\_\_

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

Rilasciato da \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Caserta, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_