

Domanda di Iscrizione all'Albo dell'OPI di Macerata (Infermieri ITALIANI)

All'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Macerata
C.so Cavour, 96
62100 Macerata

Marca da bollo
€ 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO contestuale alla dichiarazione sostitutiva di certificazioni.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ cap _____

Via/Piazza _____ n. _____

telefono n. _____ cell n. _____ mail _____

CHIEDE

di essere iscritto/a 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. 46/47 del DPR 28/12/2000 n. 445

(barrare solo le caselle che interessano)

Di essere nato/a il _____ a _____ prov. _____

Di essere residente in _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

Di essere cittadino/a _____

Di godere dei diritti civili

Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____

conseguito in data _____ con votazione _____ rilasciato da Scuola/Università degli Studi di _____ a _____

cap _____ in Via _____

(indicare la denominazione della Scuola/Università con l'indirizzo completo della Via e della Città in cui è ubicata la Scuola che ha rilasciato il diploma o la Segreteria della Facoltà di Medicina e Chirurgia che ha rilasciato la laurea).

Di non aver riportato condanne penali (in caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante)

Di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale: _____

Di essere in possesso della partita IVA n. _____

Di non essere attualmente iscritto ad altro OPI (in caso positivo indicare quale)

Di non essere stato precedentemente iscritto a questo o ad altro OPI (in caso positivo indicare quale motivo ed anno di cancellazione)

MACERATA IL , _____ IL/LA DICHIARANTE _____

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

N.B. La Firma va apposta presso la Segreteria dell'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)

ALLEGA DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO

- Ricevuta comprovante il pagamento della tassa erariale di € 168,00 sul c/c postale N° 8003 – Ufficio del Registro – Tasse Concessioni Governative Pescara.
- Ricevuta comprovante il pagamento di € 70,00 effettuato **sul c/c postale N. 14545628 intestato all'OPI di Macerata** (causale: quota prima iscrizione OPI Macerata);
- Tre fotografie formato tessera uguali e recenti.
- Carta di identità o documento di riconoscimento valido originale
- Marca da bollo € 16,00

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEI DATI IN APPLICAZIONE DEL REG UE 679/2016.

Io sottoscritto/a: _____

Codice fiscale: _____

dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sull'uso dei miei dati personali e, a tal fine, essendomi stato espressamente ed esaustivamente spiegato ogni punto della medesima ed avendo io integralmente compreso tutto quanto in essa contenuto, privo di qualsiasi dubbio in merito,

A U T O R I Z Z O

l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata, rappresentato dal Presidente p.t., con sede in Macerata al Corso Cavour n. 96 , P. Iva:93005390435, Tel: 0733233051, email: info@opimacerata.it
all'utilizzo dei miei dati, anche sensibili e/o giudiziari, limitatamente a quanto necessario per l'effettuazione dei servizi indicati della nota informativa consegnatami;

- Presto il consenso
- Nego il consenso

al trattamento e conservazione, nei propri archivi cartacei e informatici, dei dati necessari all'effettuazione dei servizi indicati della nota informativa consegnatami, anche a mezzo di trattamenti automatizzati compresa la profilazione al fine di individuare e offrire servizi più adatti alle mie esigenze;

- Presto il consenso
- Nego il consenso

alla ripresa audio-visiva di immagini durante lo svolgimento del corso, nonché allo scatto di foto e conseguente eventuale pubblicazione sul sito dell'Ordine e/o di altro genere sempre comunque inerente l'ambito dei servizi da esso svolti

- Presto il consenso
- Nego il consenso

P R E S T O I L C O N S E N S O

a che L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata, rappresentato dal Presidente p.t., con sede in Macerata al Corso Cavour n. 96 , P. Iva:93005390435, Tel: 0733233051, email: info@opimacerata.it, ponga in essere le attività sopra descritte per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento .

Macerata li _____

Firma per rilascio del consenso: _____