

Domanda di re-iscrizione all'Albo dell'OPI di Macerata (Infermieri ITALIANI)

Marca da bollo
€ 16,00

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

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 re-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);
- Eventuali ricevute di pagamento quote associative pregresse
- 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: _____