



ATTESTAZIONE CONSEGNA DOCUMENTAZIONE

Il Segretario dell'Ordine di Sassari attesta la ricevuta della documentazione relativa alla richiesta di iscrizione all' Ordine Professionale degli

INFERMIERI

INF. PEDIATRICI

Del/la Sig./ra – Dott./ssa

Cognome Nome

Sulla domanda d'iscrizione il Consiglio delibera nel termine di tre mesi. Accertata la sussistenza delle condizioni richieste, il Consiglio dispone l'iscrizione nell'Albo. [...] L' iscrizione all'Ordine è eseguita dopo che l'interessato ha dato prova dell'effettuato pagamento della tassa sulle concessione governative. Dalla eseguita iscrizione o dal rigetto della domanda è data comunicazione, nel termine di giorni quindici, all'interessato, al prefetto e al procuratore della Repubblica. (art. 8 DPR/221/50).

Alla suddetta richiesta di iscrizione è stato attribuito il numero di protocollo _____

LA PRESENTE NON HA VALORE DI ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE.

La Segreteria è a disposizione, per qualunque chiarimento, durante gli orari di apertura al pubblico oppure telefonicamente al numero 079/216487

Sassari,

IL SEGRETARIO



Ordine Professioni
Infermieristiche
SASSARI

MARCA
DA BOLLO
€ 16,00

RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROFESSIONALE

INFERMIERI

INFERMIERI PEDIATRICI

Cognome Nome

Luogo di nascita Prov. Data di nascita

Comune di residenza CAP Prov.

Via/ Piazza/Corso Num.

Telefono Cellulare

Email PEC

Codice Fiscale

Chiede l'iscrizione all'Ordine professionale ai sensi dell'art. 4 del DPR 221/50.

Allegati alla presente:

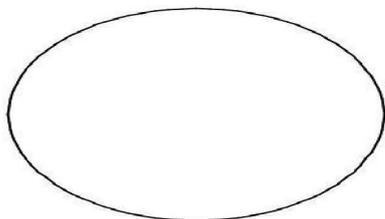
- Ricevuta del versamento di €. 168, 00 sul c.c.p. GU/ 8003 intestato a: Agenzia delle entrate – Centro Operativo di Pescara Tasse Concessioni Governative (Causale: Tassa Iscrizione Albo Professionale)
- Ricevuta del versamento di €. 65,00 su Bollettino Precompilato dalla Segreteria (Si prega di inviare una e-mail all'indirizzo ordineinfermieri.ss@gmail.com indicando i propri dati al fine di poter elaborare il bollettino)
- Attivazione P.E.C. (Posta Elettronica Certificata)
- Moduli allegati compilati e firmati
- Fotocopia Codice Fiscale e Carta d'identità.
- Marca da Bollo da € 16,00
- Certificazione di equipollenza del diploma di Laurea rilasciata dal Ministero della Salute, (per gli stranieri), in originale.
- N° 3 fotografie formato tessera firmate sul retro.

Il richiedente

Sassari, _____

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

IL SEGRETARIO





ALLEGATO 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

ai sensi del DPR 28/12/2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a:
Cognome

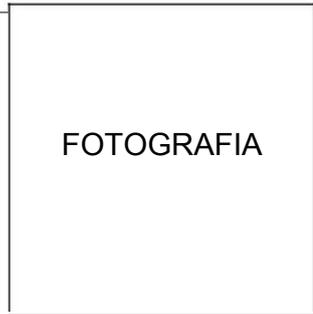
Nome

Luogo di nascita

Prov. Data di nascita

Comune di residenza Prov.

Via/Piazza/Corso Num.



Consapevole delle sanzioni civili e penali previste dalla Legge in caso di dichiarazioni mendaci sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Che i dati anagrafici qui sopra riportati riguardo al proprio cognome, nome, luogo di nascita, data di nascita e indirizzo di residenza sono corrispondenti alla realtà.
- Di essere in possesso della cittadinanza ITALIANA (in caso contrario depennare) _____
- Di godere dei diritti civili.
- Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Infermieristica (o titolo equipollente), conseguito presso l'Università degli studi di _____

_____, in data _____, con valutazione _____ / 110

- Di non essere iscritto ad altro Ordine Professioni Sanitarie.
- Di non essere stato cancellato da altro Ordine Professioni Infermieristiche.
- Di non avere riportato condanne penali, di non avere carichi pendenti di natura penale e che nulla risulta nel certificato del casellario giudiziale.
- Di non esercitare attività libero professionale né individualmente né in forma associata o in società professionali, né quale socio di cooperativa sociale, né sotto forma di collaborazione coordinata continuativa.

Se libero professionista DICHIARA:

- [] di essere iscritto in altro Albo Professionale dotato di Cassa di Previdenza e di esercitare la facoltà di non iscrizione alla Cassa Nazionale ENPAPI.
- [] di avere compiuto l'età di 65 anni e di esercitare la facoltà di non iscrizione alla Cassa Nazionale ENPAPI.

Sassari, _____

Il richiedente



ALLEGATO 3

COMUNICAZIONE RECAPITO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

ai sensi della Legge 4 aprile 2012, n. 35

Il/la sottoscritto/a:

Cognome

Nome

Luogo di nascita

Prov.

Data di nascita

Comune di residenza

Prov.

Via/Piazza/Corso

Num.

Comunica il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata, secondo gli obblighi di cui all'articolo 16 del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2, come modificato dall'articolo 37 del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito con modificazioni dalla legge 4 aprile 2012, n. 35.

Indirizzo PEC:

In fede: _____

Sassari, li _____



Ordine Professioni
Infermieristiche
SASSARI

ALLEGATO 2
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa resa all'interessato all'atto della raccolta dei dati personali comuni e sensibili ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Gentile Collega.

Il conferimento dei dati è un obbligo derivato dall'art. 9 del D.L.C.P.S. 233/46 e susseguente art. 4 del DPR 221/50 per ottenere l'iscrizione all'Ordine Professionale; in caso di rifiuto nel conferimento degli stessi non sarà possibile attivare la procedura per l'iscrizione all'Ordine.

Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali, che saranno acquisiti e periodicamente aggiornati, ha le seguenti finalità:

- adempimenti amministrativi o contabili;
- adempimento agli obblighi di legge;
- informazioni professionali;
- informazioni tecnico-scientifiche
- ricerche e statistiche

L'iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche ha per sua natura la caratteristica di garanzia verso il cittadino e le istituzioni della vera e certa professionalità dell'iscritto. L'Ordine fornirà i suoi dati, su richiesta specifica e motivata, esclusivamente alla forza pubblica o autorità giudiziaria. Non fornirà i suoi dati sensibili a nessuna altra persona fisica o giuridica ma soltanto la veridicità della sua appartenenza alla professione infermieristica della quale l'Ordine è garante. Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia con l'ausilio di mezzi informatici. Potranno venire a conoscenza dei dati anche i responsabili del trattamento, nonché gli incaricati del trattamento; gli incaricati alla manutenzione degli elaboratori elettronici. I suoi dati saranno inseriti nell'archivio nazionale dei professionisti infermieri italiani sito nel portale intranet della Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche di Roma; chiunque fornendo le proprie generalità potrà visionare in ogni momento il suo nome, cognome, professione, Ordine di appartenenza, numero Albo e data di iscrizione. 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 D.L.C.P.S. 233/46. Il titolare del trattamento è il Presidente dell'Ordine di Sassari. Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 13 della legge 196/03 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine negli orari di apertura al pubblico. Tutti i dati in nostro possesso verranno conservati nel pieno rispetto della riservatezza in ottemperanza a tutte le norme vigenti.

Consenso al trattamento.

Il sottoscritto.....dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 D.L.gs. 196/2003 e di avere preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del D.L.gs medesimo "Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti", ed esprime il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Per accettazione: _____

Sassari, li _____