



Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Bologna

**Domanda di Iscrizione all'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Bologna
(Professionisti UE)**

Il/la sottoscritto/a (*cognome*) _____

(*nome*) _____ Coniugata con _____

nato/a a _____ Nazione _____ il _____

Residente a (*città – nazione*) _____ cap _____

Via/Piazza _____ n. _____

Recapito telefonico _____ Cell. _____

Posta elettronica _____

CHIEDE

di essere iscritt__ all'Albo Professionale degli (**barrare la casella di interesse**)

Infermieri

Assistenti Sanitari

Infermieri Pediatrici

tenuto dal su intestato 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 degli art. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445

(barrare e compilare solo le caselle che interessano)

Di essere nato/a _____ Nazione _____ il _____

Di essere residente in _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

Di essere domiciliato in _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

e di aver presentato in data _____ richiesta di residenza al Comune di _____

Di essere in possesso dell'Attestazione di Iscrizione Anagrafica del Cittadino dell'Unione Europea n. _____

rilasciata dal Comune di _____ il _____

Di essere in possesso dell'Attestazione di Regolarità del Soggiorno per i cittadini dell'Unione Europea n. _____

rilasciata dal Comune di _____ il _____

- Di essere in possesso della richiesta di Attestazione di Iscrizione Anagrafica del Cittadino dell'Unione Europea n. _____ rilasciata dal Comune di _____ il _____ e che il procedimento di rilascio dell'Attestazione si concluderà entro _____ giorni dalla richiesta.
- Di essere cittadino/a _____
- Di godere dei diritti civili
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito in data _____ con votazione _____ presso la Scuola/Università 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 d Facoltà di Medicina e Chirurgia che ha rilasciato la Laurea)
- Di essere in possesso del Decreto di riconoscimento rilasciato dal Ministero della Salute italiano, per il titolo di studio sopra dichiarato, quale titolo abilitante per l'esercizio in Italia della professione di _____ rilasciato il _____ prot. n° _____ del _____
- Di non aver riportato condanne penali (in caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio a fianco) _____
- Di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale: _____
- Di essere in possesso della partita IVA n. _____
- Di non essere in possesso del libretto di navigazione e che comunicherà tempestivamente all'Ordine l'eventuale successivo rilascio.
- Di non avere presentato domanda di iscrizione all'Albo ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche d'Italia
- Di non avere in corso altre procedure e prove d'esame non superate (o colloqui) presso altro Ordine delle Professioni Infermieristiche d'Italia (in caso positivo indicare quale e anno) _____;
- Di non essere attualmente iscritto ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche d'Italia
- Di non essere stato precedentemente iscritto a questo o ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche d'Italia (in caso positivo indicare quale, motivo e anno di cancellazione) _____

Data _____

Il/La dichiarante _____
(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del DPR 28/12/2000 n. 445)
N.B. La Firma va apposta in Segreteria 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)

Informativa D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 art. 13
“Codice in materia di protezione dei dati personali”

Egr. Sig.re/Gent.ma Sig.ra

La informiamo che :

- il conferimento dei dati è obbligatorio per ottenere l'iscrizione all'Albo, ai sensi dell'art. 9 del DPCLS 233/46 e su susseguente art. 4 del DPR 221/50;
- in caso Lei rifiutasse di fornire i dati, non sarà possibile attivare l'istruttoria per procedere alla eventuale iscrizione all'Albo;
- i dati da Lei rilasciati saranno utilizzati dall' Ente esclusivamente in relazione all'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: a) con strumenti cartacei; b) con elaboratori elettronici a disposizione dell'Ente;
- 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;
- il titolare del trattamento dei dati è il Presidente dell'Ordine, Dott. Pietro Giurdanella;
- il responsabile del trattamento dei dati è la Segretaria dell'Ordine, Dott.ssa Angela Vetromile;
- gli incaricati al trattamento dei dati sono le impiegate amministrative Dott.ssa Antonella Cavazza e Sig.ra Irene Piccigallo;
- 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 G. Zaccherini Alvisi 15/B – 40138 Bologna, tel. 051/39.38.40, fax. 051/34.42.67, e-mail info@ipasvibo.it - bologna@ipasvi.legalmail.it).

Presa visione, il/la sottoscritto/a

.....
autorizza il trattamento dei propri dati personali, in conformità con quanto riportato sopra.

Data _____

Firma _____

Il presente documento è composto di tre pagine

DOCUMENTI NECESSARI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO (PROFESSIONISTI UE)

Sono necessari gli originali, o la copia autenticata, dei seguenti documenti:

- ❑ **Carta di identità o Passaporto**
- ❑ **N. 3 fotografie formato foto tessera** uguali e recenti non stampate al computer: le fotografie devono ritrarre l'interessato/a in posizione frontale, in primo piano con la visione del solo viso e capelli, con il viso scoperto e riconoscibile e che non fuoriesca parzialmente dall'area fotografata, e con sfondo tassativamente neutro. **Le fotografie devono assolutamente essere delle dimensioni di 35 mm x 45 mm.**
- ❑ **Diploma/Laurea di I.P.-A.S.V.-V.I.** (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) e relativa traduzione ufficiale
- ❑ **N.1 marca da bollo** da € 16,00

Per effettuare l'autocertificazione, è' **inoltre necessario essere in possesso dei dati relativi a:**

- ❑ **Codice fiscale** rilasciato dall'Agenzia delle Entrate
- ❑ **Autorizzazione all'esercizio della professione** rilasciato dal **Ministero della Salute**
- ❑ **Attestazione di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione Europea/ Attestazione di Regolarità del Soggiorno per i cittadini dell'Unione Europea** oppure, nel caso non sia stata ancora conseguita la residenza, attestazione di richiesta di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione Europea rilasciato dal Comune.

Il richiedente, all'atto della presentazione della domanda, **verserà (contanti, non bancomat):**

€ **10,00** per i diritti di segreteria

L'iscrizione dei cittadini comunitari all'Albo OPI di pertinenza è subordinata al **superamento della prova di accertamento delle conoscenze linguistiche** necessarie all'esercizio della Professione Infermieristica in Italia. La data e l'orario dell'esame saranno fissate e comunicate tramite lettera, successivamente alla presentazione all'Ordine della domanda di iscrizione, che deve essere **completa** di tutti i necessari allegati.

Dopo il superamento dell'esame, la domanda di iscrizione dovrà essere completata consegnando alla segreteria dell'Ordine, in orario d'ufficio, la **ricevuta di versamento** di €168,00 eseguito sul conto corrente postale n. 8003 intestato a "Agenzia delle entrate - Ufficio di Pescara – Tasse Concessioni Governative" (indicando "rilascio" e il codice 8617) e versando all'Ordine **in contanti (no bancomat):**

€ **50,00** per la quota annuale di iscrizione all'Albo

LE DOMANDE DI ISCRIZIONE NON SARANNO CONSIDERATE COMPLETE FINO ALLA CONSEGNA DELLA SUDETTA RICEVUTA, E AL PAGAMENTO DI QUANTO DOVUTO ALL'ORDINE.

Si ricorda che le iscrizioni divengono effettive solo dopo che le domande sono state completate di ogni documento e versamento richiesto, e **dopo che il Consiglio Direttivo, in seduta ufficiale, delibera le iscrizioni dei richiedenti:** fino a quando il Consiglio Direttivo non ha deliberato, l'iscrizione non è ancora effettiva (è solo una domanda non ancora accettata), per cui **non è possibile esercitare la professione prima che sia avvenuta questa procedura.**

L'ufficio dell'Ordine è aperto al pubblico:

LUNEDI' – MERCOLEDI'	dalle ore 9.00 alle ore 12.00
MARTEDI' – GIOVEDI' – VENERDI'	dalle ore 14.00 alle ore 17.00
SABATO	chiuso

Per consegnare la **domanda di iscrizione**, che **va presentata obbligatoriamente di persona**, è necessario recarsi presso la segreteria IPASVI **almeno mezz'ora prima** dell'orario di chiusura.

ATTENZIONE:

- **Il presente modulo è utilizzabile solo da parte dei cittadini stranieri comunitari;** i cittadini italiani e stranieri extracomunitari possono scaricare gli appositi moduli dal sito dell'Ordine www.ipasvibo.it o ritirarli presso la segreteria.
- Si possono iscrivere all'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Bologna solo i **residenti** nella provincia di Bologna o coloro che abbiano già presentato **richiesta ufficiale di residenza** ad un Comune della provincia di Bologna.