

**Domanda di Iscrizione all'Albo
dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Bologna
(CITTADINI ITALIANI)**

contestuale alla dichiarazione sostitutiva di certificazioni

Marca da bollo € 16,00

Al Presidente dell'Ordine PI di BOLOGNA

Il sottoscritt _____

nat a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ cap _____

Via/Piazza _____ n. _____

telefono n. _____ cell n _____

Posta elettronica _____

CHIEDE

di essere iscritt all'Albo professionale degli **(barrare la casella di interesse):**

Infermieri

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 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 _____ presso la 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 a fianco*) _____

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

Di **non** essere in possesso del libretto di navigazione, e che comunicherà tempestivamente all'Ordine l'eventuale successivo ottenimento.

Di **non** essere **attualmente** iscritto ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche

Di **non** essere stato **precedentemente** iscritto a questo o ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche (*in caso positivo, indicare quale, motivo e anno di cancellazione*) _____

BOLOGNA, _____

IL/LA DICHIARANTE _____

N.B. La Firma va apposta in Segreteria in presenza dell'impiegato/a

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del DPR 28/12/00 n. 445)

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 75 DPR 445/2000)

“Codice in materia di protezione dei dati personali”
e successive modifiche e/o integrazioni

Egregio/ Gentilissima,

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@opibo.it - bologna@cert.ordine-opi.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 due pagine

DOCUMENTI NECESSARI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO

1. **Ricevuta (in originale) comprovante l'avvenuto pagamento della tassa erariale** di € 168,00 sul c/c postale N° 8003 – Ufficio del Registro – Tasse Concessioni Governative Pescara. Per pagare la tassa erariale è possibile sia utilizzare il bollettino prestampato disponibile presso le Poste (indicando **“rilascio”** e il codice **8617**), sia compilare un bollettino bianco diviso in tre ricevute (inserendo tutti i suddetti dati).
 - ❑ **Tre fotografie** formato 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.**
2. Carta o **documento di identità in originale**.
3. **Marca da bollo** da € 16,00

Per poter compilare la domanda in ogni suo campo ed effettuare l'autocertificazione dei propri estremi, è inoltre necessario essere in possesso dei dati relativi a:

4. **Codice fiscale** rilasciato dall'Agenzia dell'Entrate.
5. **Diploma/Laurea di Infermiere/a – Infermiere/a pediatrico/a** (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)

All'atto della presentazione della domanda di iscrizione, si dovranno versare all'Ordine **in contanti (no bancomat)**:

- € **50,00** per la quota iscrizione annuale
- € **6,00** per i diritti di segreteria

LE DOMANDE DI ISCRIZIONE NON SARANNO CONSIDERATE COMPLETE FINO ALLA CONSEGNA DEI SUDDETTI DOCUMENTI, 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:

Lunedì – Mercoledì	dalle ore 09.00 alle ore 12.00
Martedì – Giovedì – Venerdì	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 OPI **almeno mezz'ora prima** dell'orario di chiusura.

ATTENZIONE:

- **Il presente modulo è utilizzabile solo da parte dei cittadini italiani**; i cittadini comunitari ed 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 Sanitarie 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.