

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli

Via S.Maria di Costantinopoli,27 - 80138 NAPOLI

Tel. 081 440140 fax 081 0107708 - e-mail info@opinapoli.it - pec napoli@cert.ordine-opi.it

APERTURA SEDE: Lunedì ore 15,00 - 18,00 ; dal Martedì al Venerdì ore 9,30- 12,30 .

Per iscriversi agli Albi dell'Opi di Napoli a corredo della domanda di iscrizione redatta foglio uso bollo con marca da € 16,00 (vedi fac-simile) occorre allegare quanto segue:

- 1) n° 2 foto formato tessera uguali;
- 2) *attestazione* di pagamento della quota associativa dell'anno in corso all'opi di provenienza;

Il Consiglio direttivo dell' Opi delibererà sulla domanda entro il termine di tre mesi (art. 8 DPR 221/50)

Dopo l'avvenuta iscrizione saranno rilasciati dall' Opi eventuali certificati ed il Tesserino. Gli interessati saranno avvisati dell'avvenuta iscrizione a mezzo posta.

NON SI ACCETTANO DOCUMENTAZIONI INCOMPLETE

**-----
Informativa Legge 675/96 art.10 ai sensi dell'art.48 del DPR 445/2000 e D.Lgs 196/03**

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

La informiamo che:

- *il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art.9 del DLCPS 233/46 e susseguente art.4 del DPR 221/50 per ottenere l'iscrizione all'albo;*
- *in caso rifiutasse di fornire i dati non sarà possibile attivare l'istruttoria per procedere alla eventuale iscrizione all'albo;*
- *i dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da lei formulata, per le finalità ad essa strettamente connesse e per gli scopi istituzionali dell' OPI di cui all'art.3 del DLCPS 233/46;*
- *il trattamento viene effettuato: con strumenti cartacei; con elaboratori elettronici a disposizione degli Uffici;*
- *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;*

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art.13 della legge 675/96 rivolgendosi presso la sede di questo OPI. La cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dall'albo motivata solo dal fatto di non esercitare più la professione infermieristica.

FAC-SIMILE DI DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO. Ai sensi dell' art.9 del DLCPS 233/46 e dell'art. 4 del DPR 221/50 la domanda di iscrizione all'Albo deve essere presentata su **foglio uso bollo con marca da € 16.00** in stampatello o dattiloscritto, senza lasciare righe in bianco, rispettando i margini già stampati ed evitando cancellature. La domanda va presentata **personalmente** dal richiedente che deve **esibire la Carta d'Identità in originale ed in corso di validità.**

Al Presidente dell'Ordine delle professioni Infermieristiche di Napoli

..l... sottoscritt... (cognome e nome)..... di (paternità e maternità)
..... nat.... a prov. il
residente a prov. c.a.p.
Via/Piazza..... n°
recapito telefonico n° e-mail:

CHIEDE

di essere trasferito dall'Opi di.....a codesto Opi.

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 del DPR 28/12/2000 n. 445

- di essere nato/a il _____ a _____ prov. _____
- di essere residente in _____ prov. _____ Via /Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____
- di essere domiciliato (*da indicare solo se diverso dalla residenza*) in _____ prov. _____ Via /Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____
- di essere cittadino/a _____
- di godere dei diritti civili
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: (*indicare il diploma di Infermiere o diploma universitario di Infermiere o laurea in Infermieristica*) _____ conseguito in data _____ con votazione _____ presso (*università degli studi o scuola professionale*) _____ di _____
- di non aver riportato condanne penali (*in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria*) _____
- di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale: _____
- di essere (o non essere) in possesso della partita IVA n. _____
- di essere *attualmente* iscritto all'OPI di _____ con la qualifica di _____ dal _____ al numero di posizione _____
- di non essere stato *precedentemente* iscritto ad altro OPI (*in caso positivo indicare quale*) _____
- di esercitare (o non esercitare) la professione infermieristica presso _____ di _____

Allega:

- a) due foto formato tessera;
- b) ricevuta del versamento della quota associativa dell'anno.....all'Opi di.....

Napoli, _____ IL/LA DICHIARANTE _____
(*firmare in presenza dell'addetto alla ricezione, esibendo la Carta d'Identità*)

Autorizzo il trattamento dei dati relativi alla mia persona, ai sensi delle disposizioni di cui al GDPR ed al D.Lgs. 30/06/2003 n°196.

FIRMA

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