

Di non esercitare attività libero professionale né individualmente, né in forma associata o in società professionali, né quale di socio cooperativa sociale, né sotto forma di collaborazione coordinata e continuativa

Di non essere attualmente iscritto ad altro Ordine O.P.I. (*in caso positivo indicare quale _____*)

Di non essere stato precedentemente iscritto ad altro Ordine O.P.I. (*in caso positivo indicare quale _____*)

Allega alla presente:

n. 2 fotografie formato tessera uguali e recenti di cui una verrà legalizzata ai sensi dell'art. 34 DPR 445/2000 da parte dell'Ordine e una verrà apposta sul tesserino;

n. 2 copie della Carta di Identità con l'apposizione in calce dell'attestazione della conformità all'originale ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000 esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);

n. 1 copia Codice Fiscale;

Ricevuta di versamento di €. 168,00 sul conto corrente postale n. 8904 intestato a: "Ufficio Tasse Concessioni Governative di Roma (Sicilia), Causale: "Tassa di prima iscrizione Ordine O.P.I.;

Ricevuta di versamento di €. 85,00 sul c/c IBAN IT34R0623017102000015118578 CREDIT AGRICOLE intestato a "ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI SIRACUSA", Causale: "Tassa di prima iscrizione".

Ricevuta di versamento di €. 100,00 sul conto corrente postale n. per lo svolgimento della prova di lingua italiana.

Autocertificazione di Laurea in Infermieristica.

Certificato obbligo di vaccinazione di cui all'art. 4 del DL 1° aprile 2021, n. 44 e legge 28 maggio 2021, n. 76 e successive modifiche DL 172 del 26 novembre 2021

Data _____

Il/La dichiarante _____

(La presente dichiarazione non necessita della autenticazione della firma)

N.B. La Firma va apposta all'opi 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 ai sensi dell'art. 13 decreto legislativo 196/2003 e dell'art. 48 del DPR 445/2000

Egr. Sig. / Gent.ma Sig.ra

La informiamo che:

il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DPCLS 233/46 e su 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 all'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'Ordine di cui all'art. 3 del DLCP 233/46;

il trattamento viene effettuato in forma automatizzata e/o manuale 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 DLCP 233/46;

il titolare del trattamento è il Presidente DOTT. Zappulla

Sebastiano; il responsabile del trattamento è il Segretario Dott.

Rendo Maurizio;

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsto dall'art. 13 della legge 675/96 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine O.P.I. di Siracusa via Torino 125.

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.

SIRACUSA li _____

Il/La dichiarante _____

INFORMATIVA PER L'ISCRITTO

Ricordiamo che l'iscrizione all'Ordine è obbligatoria per l'esercizio professionale e che è vincolata alla comunicazione/possesso di:

- cambi di domicilio e/o residenza,
- scadenze e rinnovi del permesso di soggiorno,
- pagamento delle quote annuali,
- variazione numeri telefonici,
- variazione indirizzo posta elettronica,
- possesso di posta elettronica certificata (PEC)*

I casi per i quali è attivata la cancellazione sono:

- mancato invio/rinnovo permesso di soggiorno,
- morosità,
- irreperibilità accertata,
- altre situazioni che il Consiglio Direttivo valuterà come inadempimenti.

*** Nel caso in cui non si è in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC), può essere effettuata formale richiesta di attivazione compilando il seguente modulo di seguito riportato.**

SIRACUSA li _____

Firma dell'interessato/a _____

**Alla Segreteria dell'Ordine
delle Professioni Infermieristiche di SIRACUSA**

Oggetto: Richiesta di attivazione indirizzo di Posta Elettronica Certificata personale.

SCRIVERE A STAMPATELLO

Il Sottoscritto: _____ nato a _____
il _____ Cod. Fiscale: _____ residente
a _____ in Via/P.zza _____ N° _____
CAP _____ Prov. _____ Tel. _____ Email _____

CHIEDE

l'attivazione di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) offerta dal Collegio IPASVI di SIRACUSA

Username richiesto:

Password Provvisoria

Il sottoscritto si impegna ad effettuare, immediatamente al primo accesso, il cambio password seguendo queste istruzioni: accedere a <https://webmail.pec.it>, opzioni, password, inserire la vecchia e la nuova password. Quest'ultima dovrà essere mantenuta segreta.

Si avvisa che il sottoscritto è l'unico responsabile dell'avente in oggetto e nel caso di uso improprio, l'Ente O.P.I. di Siracusa declina ogni responsabilità, l'Ente è tenuto in qualsiasi momento a disattivare il servizio oltre a comunicare tali irregolarità.

Inoltre, il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e/o integrazioni.

L'indirizzo di posta elettronica certificata verrà eliminato non appena il professionista eseguirà la cancellazione o il trasferimento dall'Ordine Professionale.

Siracusa li _____

Firma _____