



## ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PAVIA

**Al Presidente  
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia  
Via Flarer, 10 – 27100 Pavia**

MARCA DA BOLLO  
€ 16.00  
DPR26/10/72  
N°642 DM  
20/08/92

La/Il sottoscritt \_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

### CHIEDE

di essere iscritta/o all'Albo Professionale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia come:

INFERMIERE  INFERMIERE PEDIATRICO

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 28/12/2000 n. 445, art. 46 e 76<sup>1</sup>

### DICHIARA

di essere nata/o il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_

di essere residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### (compilare solo se non coincide con la residenza)

Di essere domiciliato in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Tel. Cell. \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia” (Art. 76 DPR 445-2000 – Norme Penali) “il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera” (Art. 75 DPR 445-2000).

Inviare via PEC a [opipavia@pec.it](mailto:opipavia@pec.it) o di persona (a mano) presso OPI Pavia, Via Flarer, 10, 27100 Pavia (PV)



**OPI**

## ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PAVIA

- Di avere il proprio domicilio professionale in (Città) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via o Ente \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_
- Di essere titolare di partita I.V.A. n. \_\_\_\_\_
- Di essere cittadino \_\_\_\_\_
- Di godere dei diritti civili
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla segreteria dell'OPI ogni cambiamento dei dati sopra riportati
- Di aver conseguito il titolo di studio il (gg/mm/aa) (Anno Accademico) \_\_\_\_\_  
presso (Scuola Regionale/Università) di \_\_\_\_\_
- Di non aver riportato condanne penali e non avere provvedimenti giudiziari in corso (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria \_\_\_\_\_)
- Di non essere iscritto ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche (ovvero di essere iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di \_\_\_\_\_)
- Di non essere stato iscritto precedentemente ad altro dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (ovvero di essere stato iscritto all'/agli Ordine/i delle Professioni Infermieristiche di \_\_\_\_\_) e di essere stato/a cancellato/a per \_\_\_\_\_

### SOLO PER CITTADINO EXTRACOMUNITARIO CON TITOLO NON CONSEGUITO IN ITALIA

- Di essere in possesso del Decreto di riconoscimento del titolo e autorizzazione del Ministero della salute per esercitare in Italia la professione di \_\_\_\_\_, rilasciato il \_\_\_\_\_ prot. n° \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia del certificato di equipollenza e il titolo di studio)
- Di aver provveduto alla richiesta del permesso di soggiorno alla Questura di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegare fotocopia della richiesta del permesso di soggiorno)
- Di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e con scadenza il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegare fotocopia del permesso di soggiorno)
- Di aver superato l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana (parlata e scritta) e delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia della certificazione del superamento dell'esame se sostenuto presso altro Ordine)



## ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PAVIA

### SOLO PER CITTADINO EXTRACOMUNITARIO CON TITOLO CONSEGUITO IN ITALIA

- Di aver provveduto alla richiesta del permesso di soggiorno alla Questura di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegare fotocopia della richiesta del permesso di soggiorno)
- Di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e con scadenza il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegare fotocopia del permesso di soggiorno)

### SOLO PER CITTADINO COMUNITARIO CON TITOLO NON CONSEGUITO IN ITALIA

- Di essere in possesso del Decreto di riconoscimento del titolo e autorizzazione del Ministero della salute per esercitare in Italia la professione di \_\_\_\_\_, rilasciato il \_\_\_\_\_ prot. n° \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia del certificato di equipollenza e il titolo di studio)
- Di essere in possesso dell'attestazione di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione Europea rilasciata dal Comune di residenza (allegare fotocopia del certificato)
- Di aver superato l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana (parlata e scritta) e delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia della certificazione del superamento dell'esame se sostenuto presso altro Ordine)

### SOLO PER CITTADINO ITALIANO CON TITOLO NON CONSEGUITO IN ITALIA

- Di essere in possesso del Decreto di riconoscimento del titolo e autorizzazione del Ministero della salute per esercitare in Italia la professione di \_\_\_\_\_, rilasciato il \_\_\_\_\_ prot. n° \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia del certificato di equipollenza e il titolo di studio)

Luogo e data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3, comma 10 della Legge 17/97)



**OPI**

## ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PAVIA

**Alla presente allega i seguenti documenti:**

- ✓ N° 1 marca da bollo da € 16.00 (sedici/00);
- ✓ N° 2 fotografie formato tessera uguali e recenti, delle quali una verrà legalizzata (ai sensi dell'art.34 del DPR 445/20001) da parte dell'Ordine;
- ✓ Copia di un documento di riconoscimento (Carta d'identità, passaporto; patente) con l'apposizione in calce dell'attestazione della conformità all'originale ai sensi dell'art. 18 del DPR445/2000 esente dall'imposta di bollo, (art.37 DPR 445/2000);
- ✓ Fotocopia del codice fiscale;
- ✓ Fotocopia del titolo di studio;
- ✓ Ricevuta del versamento di € 168,00 effettuato sul c/c postale n. 8003 intestato a "Agenzia delle Entrate – Centro operativo di Pescara - tasse di Concessioni Governative" - con causale "Iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche" (cod.8617);
- ✓ Ricevuta del versamento tassa annuale.

La/Il dichiarante Afferma di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati da parte di OPI Pavia secondo quanto previsto dal Regolamento UE 679/16, e di aver ricevuto e consegnato il modulo di consenso.

Luogo e data \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

*(Firmare all'Ordine alla presenza dell'impiegato/a di segreteria)*



**MODULO DI CONSENSO DELL'INTERESSATO**

Nome e cognome/Ragione sociale	
Indirizzo	
Codice fiscale/Partita IVA	
Telefono	
E-mail	
PEC	

Avendo preso conoscenza dell'informativa di OPI PAVIA, come di seguito riportata, Acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte di OPI PAVIA allo scopo di

1. Evasione delle richieste di servizi (Consenso obbligatorio per accedere al servizio)

**ACCOSENTO**       **NON ACCONSENTO**

Acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte di OPI PAVIA allo scopo di

2. Adempimento degli obblighi legali e fiscali. (Consenso obbligatorio per accedere al servizio)

**ACCOSENTO**       **NON ACCONSENTO**

Acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte di OPI PAVIA allo scopo di

3. Invio di informazioni sulla attività dell'ordine (Consenso non obbligatorio per accedere al servizio)

**ACCOSENTO**       **NON ACCONSENTO**

La durata del trattamento è quella specificata nella Informativa: Sono consapevole e informato del diritto di potere revocare in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione il consenso ad una o più delle sopracitate finalità utilizzando il "Modulo recesso dell'interessato" che mi sarà da voi inviato a semplice richiesta.

Luogo e data

FIRMA

---

---



## ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PAVIA

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI VOSTRI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 REGOLAMENTO CE 679/2016, INVITO A RISPETTARE LA NORMATIVA IN OGGETTO E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DI DATI

Spett.le \_\_\_\_\_,

il Regolamento CE 679/2016 in ambito di trattamento e protezione dei dati ha due ordini di implicazioni, nei rapporti intercorrenti tra Voi e la nostra Società:

- ✓ In primo luogo trattiamo Vostri dati personali, e anche se non obbligati, teniamo ad informarVi su quali dati vengano trattati e su taluni elementi qualificanti il trattamento, che deve avvenire con correttezza liceità e trasparenza e tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti;
- ✓ In secondo luogo, nello svolgimento degli incarichi per conto della nostra Società, riceverete da noi comunicazione di dati di soggetti terzi, che tratterete nei limiti di Legge stabiliti e con le modalità strettamente necessarie per svolgere l'attività professionale di cui vi abbiamo incaricato.

Di seguito Vi forniamo innanzitutto l'informativa per i Vostri dati personali da noi trattati ed in secondo luogo la comunicazione di rispetto nelle attività di trattamento per nostro conto, documento quest'ultimo che Vi invitiamo a restituirci firmato.

#### **INFORMATIVA ART. 13 REGOLAMENTO CE 679/2016**

##### **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è OPI PAVIA Via Flarer,10, 27100 Pavia.

##### **Responsabile del trattamento**

Il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) è nominato dal Titolare di cui sopra.

##### **Natura dei dati trattati**

Trattiamo Vostri personali, ovvero dati anagrafici e fiscali, sensibili e giudiziari, nonché i dati di natura economica (art.4, art.9 e art.10 Regolamento CE 679/2016) che sono necessari per lo svolgimento dei rapporti contrattuali, in essere o futuri.

##### **Liceità e finalità del trattamento**

I Vostri dati vengono trattati in relazione alle esigenze contrattuali ed ai conseguenti adempimenti degli obblighi legali e fiscali, nonché per consentire una efficace gestione dei rapporti finanziari e commerciali. I dati verranno trattati per tutta la durata del rapporto contrattuale ed anche successivamente, per l'espletamento di obblighi di legge e per finalità amministrative e commerciali, nei limiti di tempo ammessi dalla Legge.

Il trattamento dei dati personali da voi forniti è finalizzato a:

- ✓ Evasione delle richieste di servizi;
- ✓ Adempimento degli obblighi legali e fiscali;
- ✓ Invio di informazioni sulla nostra attività.

##### **Comunicazione e diffusione**

I Vostri dati non verranno da noi diffusi, con tale termine intendendosi il darne conoscenza a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione. I Vostri dati



**OPI**

## ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PAVIA

potranno da noi essere comunicati, con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati (elenco disponibile presso il Titolare del Trattamento), nei seguenti termini:

- ✓ A soggetti che possono accedere ai dati in forza di disposizione di Legge, di Regolamento o di Normativa Comunitaria, nei limiti previsti da tali Norme;
- ✓ A soggetti che hanno necessità di accedere ai Vostri dati per finalità ausiliare al rapporto che intercorre tra Voi e noi, nei limiti strettamente necessari per svolgere i compiti ausiliari (si citano a titolo indicativo gli Istituti di Credito);
- ✓ A soggetti nostri consulenti, nei limiti necessari per svolgere il loro incarico presso la nostra Società, previo nostra lettera di incarico che imponga il dovere di riservatezza e sicurezza.

In qualsiasi caso, i dati non verranno trasferiti al di fuori del territorio Europeo. In qualsiasi caso, i dati non verranno trasferiti al di fuori del territorio Europeo.

### **Modalità del trattamento e conservazione dei dati**

Il trattamento dei dati all'interno della nostra Società avviene mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di mezzi informatici, ovvero applicando le misure minime di sicurezza previste dalla legislazione vigente ed individuate dal Titolare e dal Responsabile del Trattamento in ottemperanza alle reali esigenze operative interne. Non sono effettuate attività di profilazione dei Vostri dati.

I dati verranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati.

### **Obbligo o facoltà di conferire i dati**

Per quanto concerne i dati che siamo obbligati a conoscere, al fine di adempiere agli obblighi previsti dalle Leggi, dai Regolamenti e dalla Normativa Comunitaria, ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge e da Organi di Vigilanza e Controllo, il loro mancato conferimento da parte Vostra comporta l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto, nei limiti in cui tali dati siano necessari all'esecuzione dello stesso.

### **I Vostri diritti - Art. 15 Reg. CE 679/2016**

1. L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni:
  - a) Le finalità del trattamento;
  - b) Le categorie di dati personali in questione;
  - c) I destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali;
  - d) Quando possibile, il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo;
  - e) L'esistenza del diritto dell'interessato di chiedere al titolare del trattamento la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento;
  - f) Il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo;



## ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PAVIA

### OPI

- g) Qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine;
  - h) L'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato.
2. Qualora i dati personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale, l'interessato ha il diritto di essere informato dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi dell'articolo 46 relative al trasferimento.
  3. Il titolare del trattamento fornisce una copia dei dati personali oggetto di trattamento. In caso di ulteriori copie richieste dall'interessato, il titolare del trattamento può addebitare un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se l'interessato presenta la richiesta mediante mezzi elettronici, e salvo indicazione diversa dell'interessato, le informazioni sono fornite in un formato elettronico di uso comune.
  4. Il diritto di ottenere una copia di cui al paragrafo 3 non deve ledere i diritti e le libertà altrui.

### Ulteriori diritti

In qualità di interessato ha, inoltre, i seguenti diritti per i quali si rimanda al testo integrale del Regolamento CE 679/2016:

- Art. 16 - Diritto di rettifica;
- Art. 17 - Diritto alla cancellazione («diritto all'oblio»);
- Art. 18 - Diritto di limitazione di trattamento;
- Art. 19 - Obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento;
- Art. 20 - Diritto alla portabilità dei dati;
- Art. 21 - Diritto di opposizione;
- Art. 22 - Processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.