Marca da bollo

All'OPI DI FERMO

Il/la Sottoscritto/a _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 21 l'iscrizione per trasferimento all'albo degli _____ tenuto dal su intestato OPI per trasferimento dall'OPI di _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/200)

dichiara ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000

*(Barrare dove richiesto **solo** le caselle che interessano)*

☐ Di essere nat a _____ Prov. _____ Il _____

☐ Di avere il seguente Codice Fiscale _____

☐ Di essere residente in _____ Prov. _____

CAP _____

Via _____

PEC_____ E-mail _____ Tel. / Cell. _____

☐ Di avere il proprio domicilio professionale in _____ Prov. _____

CAP _____

Via _____

PEC _____ E-mail _____

☐ Di avere il proprio domicilio in _____ Prov. _____
CAP _____
Via _____
PEC _____ E-mail _____

☐ Di essere cittadino _____

☐ Di godere dei diritti civili. _____
*(in caso negativo **non** barrare la casella e specificare nello spazio)*

☐ Di essere in possesso del seguente titolo abilitativo alla professione _____

_____

conseguito presso _____ il _____

☐ Di esercitare la professione come ☐ libero professionista ☐ dipendente ☐ altro

☐ di essere iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica

☐ di **non** essere iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica

☐ Di essere regolarmente iscritto all'albo degli _____ tenuto dall'OPI di _____ dal ___/ ____/ _____al num posizione_____.

☐ Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'OPI *(articolo 10, lettera c) DPR 5/4/1950 n. 221)*

☐ di **non** aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. - *cosiddetto patteggiamento*)

☐ di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

☐ di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

A titolo di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dichiara

(art. 47 DPR 445/2000)

☐ di **non** essere sottoposto a procedimento disciplinare

☐ di **non** essere sospeso dall'esercizio della professione

☐ di **non** essere stato cancellato/a per morosità / irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessun albo provinciale

DATA: _____ **FIRMA** _____

****

OPI DI FERMO

Il sottoscritto : ……..……..…….. incaricato,

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000,

che il/la Signor/a

……..……

identificato/a a mezzo di:

……..……

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA **FIRMA dell'incaricato che riceve l'istanza**

_____ _____

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEI DATI IN APPLICAZIONE DEL REG. UE 679/2016.

Io sottoscritt _____

Codice fiscale: _____

dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sull'uso dei miei dati personali e, a tal fine, essendomi stato espressamente ed esaustivamente spiegato ogni punto della medesima ed avendo io integralmente compreso tutto quanto in essa contenuto, privo di qualsiasi dubbio in merito,

A U T O R I Z Z O

l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di FERMO, con sede in FERMO alla via Liguria n. 5, P. Iva: 02088540444, Tel: 0734612004, email: info@opifermo.it, all'utilizzo dei miei dati, anche sensibili e/o giudiziari, limitatamente a quanto necessario per l'effettuazione dei servizi indicati della nota informativa consegnatami;

□ Presto il consenso
□ Nego il consenso

al trattamento e conservazione, nei propri archivi cartacei e informatici, dei dati necessari all'effettuazione dei servizi indicati della nota informativa consegnatami, anche a mezzo di trattamenti automatizzati compresa la profilazione al fine di individuare e offrire servizi più adatti alle mie esigenze;

□ Presto il consenso
□ Nego il consenso

alla ripresa audio-visiva di immagini durante lo svolgimento dei corsi, nonché allo scatto di foto e conseguente eventuale pubblicazione sul sito internet dell'Ordine e/o di altro genere sempre comunque inerente l'ambito dei servizi da esso svolti;

PRESTO IL CONSENSO

a che l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di FERMO, con sede in FERMO alla via Liguria n. 5, P. Iva: 02088540444, Tel: 0734612004, email: info@opifermo.it , ponga in essere le attività sopra descritte e per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento.

Fermo lì

Firma per rilascio del consenso: _____