

**Al Presidente
Dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese
Viale Borri, 209 – 21100 –VARESE**

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

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

CHIEDE

di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese:

profilo **INFERMIERE** **INFERMIERE PEDIATRICO**

A tal fine (consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 28/12/2000 n.445, articoli 46 e 76¹)

DICHIARA

di essere nata/o a (Comune) _____ provincia (_____)

Stato (_____) il ___/___/___ C.F. _____

di essere residente a (Comune) _____ provincia (_____)

Stato (_____) in via/p.zza _____

RECAPITI: ☎ _____ e-mail _____

PEC _____

DOMICILIO (compilare solo se non coincide con la residenza)

Comune _____ prov. _____ CAP _____ Stato _____

Via/Piazza _____

Dichiara, inoltre:

di essere lavoratore subordinato ed operare presso (Azienda/Ente) _____

Comune _____

di essere lavoratore autonomo ed operare presso (Azienda/Ente) _____

Comune _____ P.Iva n. _____

1. "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"..." il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera"

- di essere cittadino _____
- di godere dei diritti civili (iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____)
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla segreteria dell'OPI ogni cambiamento dei dati sopra riportati
- di aver conseguito il diploma/laurea in infermieristica presso (Scuola regionale/Università di) _____ il ___/___/___
- di non aver subito condanne penali (ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445);
- di non trovarsi in una delle condizioni che comportino la radiazione dall'albo o la sospensione dall'esercizio professionale (ai sensi degli art. 42 e 43 del D.P.R. n.221/1950) 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 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* _____

Quadro A - 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 rilasciato il ___/___/___ prot. n. _____ (allegare la fotocopia del certificato di equipollenza del titolo di studio)
- di aver provveduto alla richiesta del permesso di soggiorno alla Questura di _____ in data ___/___/___ (allegare la fotocopia 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 e delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia presso l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di _____ in data ___/___/___ (allegare la fotocopia della certificazione del superamento dell'esame)

Quadro B - 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 rilasciato il ___/___/___ prot. n. _____ (allegare la fotocopia del certificato di equipollenza del 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 e delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia presso l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di _____ in data ___/___/___ (allegare la fotocopia della certificazione del superamento dell'esame)

Quadro C - 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 del permesso di soggiorno)
- di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ in data ___/___/___ con scadenza il ___/___/___ (allegare fotocopia del permesso di soggiorno)

Quadro D - 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 rilasciato il ___/___/___ prot. n. _____ (allegare la fotocopia del certificato di equipollenza del titolo di studio)

La/Il dichiarante afferma di aver preso conoscenza dell'informativa sul trattamento dei dati da parte dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Varese secondo quanto previsto dal Regolamento U.E. 679/16 (consultabile e scaricabile al seguente indirizzo www.opivarese.it sezione Amministrazione Trasparente alla voce Altri contenuti-Corruzione), e di averlo consegnato, debitamente compilato e firmato.

Luogo e data

Firma

_____ (se non sottoscritta in presenza del dipendente addetto, allegare documento di riconoscimento)

ALLEGARE I SEGUENTI DOCUMENTI

1. n° 1 marca da bollo da € 16,00 (sedici/00);
2. 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;
3. Copia di un documento di riconoscimento (*Carta d'identità, passaporto, patente*) conforme all'originale ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000;
4. Fotocopia del codice fiscale;
5. Copia del titolo di studio
6. 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);
7. Ricevuta del versamento di € 90,00 per la tassa di iscrizione e tassa annuale. Il pagamento a OPI VARESE deve essere effettuato tramite PagoPA. L'avviso di pagamento PagoPA si genera facendo una preiscrizione online sul sito della FNOPI: in home page alla voce "ordini provinciali", scegliere dal menù a tendina il punto "preiscrizione online" e seguire le indicazioni riportate;
8. in caso di iscrizione in seguito a cancellazione per morosità allegare anche atto notorio compilato con dichiarazione di aver o non aver lavorato nel periodo di cancellazione dall'Albo;
9. fotocopie dei documenti espressamente richiesti nei quadri A-B-C-D del presente modulo
10. indirizzo PEC o modulo richiesta attivazione Posta Elettronica Certificata
11. Modulo di consenso relativo al trattamento dei dati personali (Regolamento UE 679/2016 art 13)