

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

MARCA DA BOLLO
€ 16.00

DPR n.642
del 26/10/72
DM 20/08/92

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
Nato/a il ____/____/____ a _____ Prov. _(_____)
Stato _____ Codice Fiscale _____
Residente in _____ Prov. _(_____)
Via _____ n° _____ CAP _____

Iscritto/a all'OPI di Varese con il profilo di: **INFERMIERE** **INFERMIERE PEDIATRICO**

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese per il seguente motivo (barra la voce di interesse)

- Collocamento a riposo (pensionamento) (inserire data di collocamento a riposo) _____
- Non esercizio della professione per cambio attività lavorativa
- Trasferimento all'estero
- Decesso (richiesta presentata dagli eredi o acquisizione d'ufficio)
- Altra motivazione (specificare) _____

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, nella consapevolezza delle sanzioni civili e penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

di essere consapevole che la cancellazione dall'albo

NON CONSENTE L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE IN NESSUNA FORMA (di seguito alcuni esempi non esaustivi):

- attività libero - professionale
- attività svolta in regime di lavoro subordinato o parasubordinato
- attività in cooperative e/o forme societarie
- attività professionale in forma di volontariato

L'esito della procedura di cancellazione è subordinata a:

- regolarità del pagamento della tassa d'iscrizione all'Albo (compresa annualità in corso).
 - o Il termine ultimo per la presentazione della domanda di cancellazione in corso d'anno è fissata al 30/11. Le domande presentate oltre tale termine saranno evase nell'anno successivo.
- assenza di provvedimenti disciplinari in corso
- restituzione (o denuncia di smarrimento) del tesserini dell'OPI

Data _____

FIRMA _____

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

Si allega modulo di consenso ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, nella consapevolezza delle sanzioni civili e penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

Codice Fiscale/Partita IVA _____

Telefono _____ Email _____

Pec _____

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

- Evasione delle richieste di servizi (Consenso obbligatorio per accedere al servizio)
 Acconsento **Non Acconsento**
- Adempimento degli obblighi legali e fiscali (Consenso obbligatorio per accedere al servizio)
 Acconsento **Non Acconsento**
- Invio di informazioni sulla attività dell'ordine (Consenso non obbligatorio per accedere al servizio)
 Acconsento **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.

Data _____

Firma _____

(Se non sottoscritta in presenza del dipendente addetto allegare documento di riconoscimento)

La/Il dichiarante Afferma di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati da parte di OPI Varese secondo quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679, e di aver ricevuto e consegnato il modulo di consenso.

Data _____

Firma _____

(Se non sottoscritta in presenza del dipendente addetto allegare documento di riconoscimento)