

DOMANDA D'ISCRIZIONE ALL'ALBO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA BAT

RISERVATO ALL'UFFICIO OPI BAT

Vista la documentazione, il Consiglio Direttivo, nella seduta del _____, ne delibera l'iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche nell'Albo degli _____ con posizione n. _____

**Al Presidente dell'OPI
della Provincia Barletta-Andria-Trani
Alla Commissione di Albo dell'OPI
della Provincia Barletta-Andria-Trani
Via M. di Borgogna, 74
76125 Trani**

Bollo € 16.00

Io sottoscritto/a avendo conseguito il diploma di laurea in..... il presso l'Università degli Studi di..... sede distaccata di,

CHIEDO

l'iscrizione all'Albo degli Infermieri - Infermieri Pediatrici di questo Ordine.

A tal fine dichiaro:

Di essere nato/a a (prov.....) il

Codice Fiscale

Di essere residente a (c.a.p.)

in via n. tel., cell, e-mail

Di essere cittadino Italiano;

Di godere dei diritti politici;

Inoltre allego i seguenti documenti:

1. Copia di un documento di identità in corso di validità;
2. Copia in carta libera del codice fiscale;
3. Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il possesso del titolo di studio utile per l'iscrizione all'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche;
4. N. 2 foto formato tessera con allegata Ricevuta del versamento di € 168,00 sul conto corrente postale n. 8003 intestato a: Ufficio Registro Tasse Concessioni Governative;
5. Ricevuta versamento di **€ 100,00** da effettuarsi presso la **Banca Popolare di Bari Filiale di Trani** Codice **IBAN: IT04D054244172000001002288**, intestato a Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia Barletta-Andria-Trani, Via Margherita di Borgogna, 74 - 70059 Trani, ovvero da versarsi direttamente presso gli **Uffici dell'Ordine**.

Distinti Saluti.

Trani, lì

F I R M A

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della Legge n. 127/1997)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 4 e 46, DPR 28.12.2000, n. 445)

Io sottoscritt _____

(cognome)

(nome)

nat_ a _____, prov. _____, il _____
(comune di nascita, se nato all'estero specificare anche lo stato)

residente a _____, prov. _____

Via _____, n. _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR 28.12.2000, art. 46,

D I C H I A R O:

- di essere nat_ a _____ il _____

- di avere la cittadinanza _____

- di essere in possesso del seguente titolo di studio che utile per la iscrizione all'Albo OPI:

- conseguito il _____, presso _____,

- di godere/non godere (*barrare la voce che non interessa*) dei diritti civili,

- di: non aver riportato condanne penali,

aver riportato le seguenti condanne penali: _____

non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale che impediscano l'iscrizione all'OPI ai sensi della vigente normativa,

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali,

- di essere in possesso del seguente numero di partita IVA _____,

- di essere in possesso del seguente codice fiscale:

/_/

di aver adempiuto all'obbligo vaccinale come requisito ai fini dell'iscrizione come previsto dal D.L. 172 del 26/11/2021 art.1 comma 6. A tal fine dichiara di avere la seguente protezione:

- Base (Vaccinazione/Guarigione/Tampone)**
- Rafforzata (Vaccinazione/guarigione)**
- Booster (Richiamo/ciclo completo+tampone/guarigione+Tampone)**

di non aver adempiuto all'obbligo vaccinale per le seguenti motivazioni _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni destinate ad una Pubblica Amministrazione.

Luogo e data

Il/La Dichiarante

INFORMAZIONI

Documentazione richiesta per l'iscrizione all'Albo è riportata nell'articolo 9 del Dlcp 233/46 e nell'articolo 4 del Dpr 221/50.

Si presenta su carta da bollo da € 16,00 indirizzata all'OPI della Circostrizione in cui si è residenti.

Alla domanda vanno allegati:

- a) certificato di nascita;
- b) certificato di cittadinanza italiana;
- c) attestato comprovante il pieno godimento dei diritti civili;
- d) certificato generale del Casellario giudiziale (sarà richiesto all'Autorità Giudiziaria da questo ufficio);
- e) titolo di abilitazione all'esercizio professionale a norma delle disposizioni in vigore o fotocopia autenticata (se trattasi di laurea conseguita nell'anno in corso sarà richiesto alla Università da parte di questo ufficio);
- f) certificato di residenza;
- g) numero del codice fiscale e, se del caso, della partita Iva;
- h) due fotografie;
- i) ricevuta dell'avvenuto pagamento della tassa sulle concessioni governative;
- j) ricevuta dell'avvenuto pagamento della tassa annuale e dei diritti di segretaria.

I documenti di cui alle lettere a), b), c), d), e) e f) devono essere autocertificati ai sensi del DPR 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni.

L'autocertificazione deve essere contestuale alla domanda d'iscrizione all'Albo e non necessita di autenticazione della firma.

Il Consiglio direttivo dell'Ordine è tenuto a deliberare sulla domanda entro il termine di tre mesi (articolo 8, Dpr 221/50).

Sia l'accettazione che l'eventuale rigetto devono essere motivati e riportati nell'atto deliberativo.

MODULO DI CONSENSO DELL'INTERESSATO

ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Io sottoscritto, con la presente, ai sensi del REG. UE 2016/679, acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte del **Ordine Professioni Infermieristiche di BAT**, dopo aver presa visione dell'informativa privacy di all'art. 13 del REG. UE 2016/679.

Sono consapevole e sono stato informato del fatto di potere revocare il consenso in qualunque momento, ciò comportando la conseguente cancellazione dall'Albo, in quanto l'Ordine sarebbe impossibilitato ad adempiere agli Obblighi Istituzionali ai sensi del DPCLS 233/46 e susseguente DPR 221/50.

Data: _____

Firmato da (nome dell'interessato):
