Al Presidente
Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cagliari
Via Leon Battista Alberti 9
09131 CAGLIARI

Marca
da bollo
€ 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DI CITTADINI ITALIANI
contestuale alla dichiarazione sostitutiva di certificazioni

Il/la sottoscritto/a (*cognome*)_____(*nome*)_____

nat__ a _____ Prov. _____ il ____/_____ / _____

residente _____ CAP_____

Via/Piazza_____ n°_____

Telefono n°_____ cell n°_____

Indirizzo di posta elettronica _____

CHIEDE

di essere iscritt__ all'albo ☐ Infermieri ☐ Infermieri Pediatrici ***(barrare la casella dell'albo d'interesse)*** dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cagliari. A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n° 445)

DICHIARA
Ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 N° 445
(barrare solo le caselle che interessano)

- O di essere nato/a il _____a _____Prov._____
- O di essere residente in_____Prov. _____
- O via/Piazza_____ n° _____
- O di essere cittadino/a _____
- O di godere dei diritti civili
- O di essere in possesso del seguente titolo di studio:_____
  conseguito in data ____/____/_____ con votazione ____/____ presso la Scuola/Università_____di _____
  in via_____CAP_____

  (indicare la denominazione della Scuola/Università con l'indirizzo completo della via e della città in cui è ubicata la Scuola/Università che ha rilasciato il diploma/laurea).
- O di non aver riportato condanne penali, ne 'aver procedimenti penali pendenti
  (in caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nellospazio)
  _____
- O di essere in possesso del Codice Fiscale I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
- O di essere in possesso della partita IVA n° _____

O di non essere *attualmente* iscritto ad altro OPI

O di non essere stato *precedentemente* iscritto ad altro OPI (*in caso positivo indicare quale, motivo e anno di cancellazione*) _____

Cagliari li, ____/____/_____

Il/la Dichiarante _____
(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del DPR 28/12/2000 n. 445)

N.B. la firma va apposta presso l'Ordine davanti all'impiegata

AVVERTENZA: *il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 75 DPR 445/2000).*

Allegare:

- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria;
- Due foto formato tessera uguali e recenti di cui una verrà legalizzata ai sensi dell'art. 34 DPR 445/2000 da parte dell'OPI, una verrà apposta sul tesserino;
- Ricevuta di pagamento della tassa governativa di **€ 168,00** sul **c/c postale n° 8003 intestato a: Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara;**
- Ricevuta di versamento, di **€ 80,00** sul c/c bancario **IT17F0303204801010000001156** intestato a:
  Ordine delle Professioni Infermieristiche di CAGLIARI BANCA CREDITO EMILIANO S. P.A.
  Causale: "**Tassa di prima iscrizione**".
- Certificazione attestante il rispetto dell'obbligo vaccinale

Informativa ai sensi dell'art.13 decreto legislativo 196/2003 e dell'art.48 del DPR 28 n° 445/2000

Egr. Sig.re/ Gent.ma Sig. ra

- Il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art.9 del DPCLS233/46 e susseguente art.4 del DPR.221/50 per ottenere l'iscrizione all'Albo;
- in caso rifiutasse di fornire i dati non sarà possibile attivare l'istruttoria per procedere alla eventuale iscrizione all'Albo;
- i dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata, per le finalità ad essa strettamente connesse e per gli scopi istituzionali del Collegio di cui all'art. 3 del DLCPS233/46;
- il trattamento viene effettuato:
- a) con strumenti cartacei;
- b) con elaboratori elettronici a disposizione degli Uffici;
- i dati verranno comunicati ai soggetti di cui all' art. 2 del DPR 221/50 ed eventualmente ad altri soggetti ai soli fini di proseguire gli scopi prescritti dall'art. 3 del DLCPS 233/46;
- il titolare del trattamento è il Presidente.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione dei dati come previsto dall'art. 13 della legge 675/96 rivolgendosi presso la Sede dell'Ordine.
- La Cancellazione dei dati può essere conseguentemente alla sola delibera di cancellazione dall'Albo motivata solo dal fatto di non esercitare la professione infermieristica.

□ dà il consenso □ nega il consenso

Luogo e data _____

Firma _____

DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE
da cittadini italiani

(D.LGS.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233, D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, Legge n. 15 4 gennaio 1968 art. 2 e 5)

Ai fini dell'iscrizione all'Albo è necessaria la seguente documentazione:

- Domanda in bollo da €16,00 indirizzata all'OPI di Cagliari, se il richiedente è residente nella provincia di Cagliari o ha richiesto la residenza ad un Comune della provincia di Cagliari. In quest'ultimo caso è necessario presentare la certificazione del Comune attestante l'avvenuta richiesta di residenza;
- Originale e fotocopia di un documento d'identità in corso di validità *(l'autentica ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000 sarà effettuata da parte dell'OPI esente dall'imposta di bollo - art. 37 DPR 445/2000);*
- Fotocopia del Codice Fiscale o Tessera Sanitaria;
- Due (2) foto formato tessera uguali e recenti di cui una verrà legalizzata ai sensi dell'art. 34 DPR 445/2000 da parte dell'OPI: una foto verrà apposta sul tesserino di riconoscimento e una verrà inserita nella scheda personale dell'iscritto;
- Ricevuta di pagamento della tassa governativa di € 168,00 sul c/c postale n° 8003 intestato a: Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara (tipo di versamento "rilascio" – cod. tariffa "8617" –). Per il pagamento della tassa si utilizza il bollettino prestampato disponibile presso gli uffici postali;
- Ricevuta di versamento, di € 80,00 sul c/c bancario IT17F0303204801010000001156 intestato a:
  Ordine delle Professioni Infermieristiche di CAGLIARI BANCA CREDITO EMILIANO S. P.A.
  Causale: "Tassa di prima iscrizione".
- Certificazione attestante il rispetto dell'obbligo vaccinale

E' necessario presentarsi presso la Segreteria dell'OPI muniti di documento d'identità in corso di validità. L'OPI completerà la domanda da Voi presentata richiedendo d'ufficio il Certificato del Casellario Giudiziale alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Cagliari (Certificato Generale).
Ai sensi dell'articolo 8, Dpr 221/50 il Consiglio Direttivo dell'OPI è tenuto a deliberare sulla domanda d'iscrizione entro il termine di tre mesi.

SI RACCOMANDA DI SEGNALARE TEMPESTIVAMENTE EVENTUALI VARIAZIONI DEI CONTATTI COMUNICATI (indirizzo, telefono, mail, PEC, etc.)
via PEC all'indirizzo: *cagliari@cert.ordine-opi.it*

Enterprise:	.....
P.Iva:	.....

MODULO TITOLARE CASELLA DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

Il/La sottoscritto/a, Nome _____ Cognome_____

C.F. _____ nato/a il ____/_____/_____ a _____ Pr. (_____)

Nazionalità _____ residente in _____ Pr. (_____) Cap. _____

Indirizzo _____ n. _____

Indirizzo E-Mail _____@_____

☐ libero professionista con P.Iva _____

☐ nella sua qualità di titolare/Legale rappresentante della _____

con sede in _____ Pr. (_____) Cap. _____

Indirizzo _____ n. _____

C.F. _____ P.IVA _____

in ragione dei rapporti contrattuali in essere tra la società Enterprise, sopra indicata, ed Aruba Pec S.p.A., con la sottoscrizione del presente atto, il Titolare

CHIEDE

alla società Aruba Pec S.p.A., Gestore iscritto nell'elenco pubblico dei Gestori di Posta Elettronica Certificata predisposto, tenuto ed aggiornato dall'Agenzia per l'Italia Digitale - AgID, e come tale unico responsabile, ai sensi e per gli effetti del DPR 68/2005, nei confronti del titolare di una casella di PEC in ordine alla sicurezza della trasmissione, alla conservazione dei log e ad ogni altro aspetto che attiene all'erogazione del servizio di PEC a norma, l'attivazione del/dei seguente/i indirizzo/i PEC:

1) _____@_____

2) _____@_____

3) _____@_____

come previsto dalle "Condizioni di erogazione Servizi di Posta Elettronica Certificata – Titolare" e dal Manuale Operativo. A tal proposito, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000,

DICHIARA

di possedere il Codice Fiscale sopra indicato, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri, e di accettare integralmente, con la sottoscrizione del presente Modulo, dopo averne presa espressa ed attenta visione, le **Condizioni di erogazione Servizi di Posta Elettronica Certificata – Titolare - versione 1.2**, allegate al presente Modulo, e gli altri documenti ivi richiamati, ivi compreso il Manuale Operativo presente al link https://www.pec.it/termini-condizioni.aspx, che formano il "Contratto" che disciplina l'erogazione dei Servizi Posta Elettronica Certificata al Titolare.

Luogo _____, data _____ _____

Il Titolare

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., il Sottoscritto dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le seguenti clausole delle **Condizioni di erogazione Servizi di Posta Elettronica Certificata - Titolare - versione 1.2**: 2) Struttura del Contratto e ordine di prevalenza; 4) Perfezionamento del Contratto; 5) Durata del Contratto e cessazione; 6) Attivazione del Servizio, erogazione, durata, rinnovo e cessazione; 8) Requisiti; 9) Caratteristiche del Servizio; 13) Obblighi e limitazioni di responsabilità di Aruba Pec; 14) Obblighi e diritti del Titolare; 15) Sospensione del Servizio; 19) Ultrattività; 21) Clausola risolutiva espressa – risoluzione per inadempimento – condizioni risolutive; 22) Recesso; 24) Modifiche al Contratto e/o alle Policy Aruba Pec; 27) Miscellanea; 28) Legge applicabile e foro competente; 29) Rinvio al Manuale Operativo.

Luogo _____, data _____ _____

Il Titolare

Preso atto dell'Informativa fornita da Aruba PEC S.p.A., ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 richiamata all'art. 17 delle Condizioni generali di contratto sopra indicate, il Sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali con le modalità e per le finalità ivi indicate ed accetta la nomina a Responsabile del Trattamento dei Dati Personali, nei termini di cui all'Art. 18 di dette Condizioni, dichiarando a tal fine di essere in possesso dei requisiti di esperienza, capacità ed affidabilità, previsti dalla legge, tali da fornire idonea garanzia del pieno rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento di dati personali, ivi compreso il profilo relativo alla sicurezza.
In particolare con riferimento alle attività di invio di materiale pubblicitario di marketing diretto, di ricerche di mercato e customer satisfaction), seppure non obbligatorio all'erogazione del Servizio,

☐ presto il consenso
☐ non presto il consenso

con riferimento alle attività di comunicazione alle società del gruppo cui appartiene il Titolare del trattamento, per finalità di marketing proprie delle stesse, seppure non obbligatorio all'erogazione del Servizio,
☐ presto il consenso
☐ non presta il consenso

Il firmatario, in qualità di Titolare dei dati personali trattati mediante il Servizio prescelto, dopo aver preso esatta visione della Nomina a Responsabile del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") contenuta nel documento sopra richiamato,
☐ dichiara di accettarne integralmente i contenuti, facendoli propri in ogni sua parte, e di nominare Aruba PEC S.p.a. Responsabile del trattamento dei dati personali.

Luogo _____, data _____ _____
Il Titolare