



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Lucca

Orario di apertura della Segreteria:
Giovedì ore 09.00/12.00 - 14.30 / 17.30

ELENCO DOCUMENTI RICHIESTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO per l'iscrizione al secondo Albo professionale da parte di Iscritti

- 1) Domanda in carta bollata da Euro 16,00 redatta su modulo fornito dall' OPI di Lucca
- 2) Fotocopia semplice di documento di riconoscimento valido
- 3) 2 fotografie formato tessera uguali e recenti
- 4) Autocertificazione del titolo di studio: Laurea di Infermiere/Infermiere Pediatrico o Diploma IP
- 5) Fotocopia semplice del NUMERO DI CODICE FISCALE
- 6) Ricevuta di pagamento della Tassa di Concessione Governativa, DA PAGARE ALL'Ufficio postale su bollettino predisposto n.8003, di Euro 168,00 (barrare l'indicazione "rilascio" e indicare il codice tariffa "8617")
- 7) Ricevuta pagamento modulo PagoPA di Euro 30,00 (di cui €.10,00 per tassa di iscrizione e €.20,00 per quota annuale anno in corso).

Procedura deposito documenti:

I documenti di cui ai punti 1-2-3-4-5-6 devono essere trasmessi tramite PEC all'OPI di Lucca all'indirizzo lucca@cert.ordine-opi.it ; Opi Lucca, a seguito di controllo della regolarità della documentazione, trasmetterà al richiedente, a mezzo PEC, il modulo di cui al punto 7. La documentazione, completa di ricevuta di pagamento PagoPA di cui al punto 7, dovrà essere depositata in originale presso la segreteria di OPI Lucca previo appuntamento.

.....



Marca da
bollo da
Euro 16,00

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Lucca

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

contestuale alla dichiarazione sostitutiva di certificazioni da redigersi su carta bollata da Euro 16,00

SPETT. CONSIGLIO DIRETTIVO DELL' OPI DI LUCCA

...I... sottoscritt... _____

nat.. a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

C H I E D E

Di essere iscritt.. all'Albo Professionale per _____ tenuto dall' OPI in intestazione.

Faccio presente di essere attualmente iscritt.. all'OPI di Lucca, nell'Albo....., dal

..... con il n..... di posizione.

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)

D I C H I A R A ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n.445

di essere nat.. a _____ prov. _____ il _____

di essere residente nel Comune di _____ prov. _____

Via _____ n. _____ CAP. _____ - tel. _____

e-mail _____ PEC _____

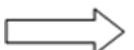
di essere cittadino _____ - di godere dei diritti civili (indicare SI o NO) _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio professionale _____

conseguito il _____ presso _____ con votazione _____

di non aver riportato condanne penali
(in caso positivo, indicare l'Autorità giudiziaria) _____

di essere in possesso del seguente numero di CODICE FISCALE _____



di essere in possesso della partita IVA n. _____

di non essere attualmente iscritto ad altro OPI
(in caso positivo, indicare quale _____)

di non essere stato precedentemente iscritto ad altro OPI
(in caso positivo, indicare quale _____)

Allega: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

In relazione all'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali degli Iscritti messa a disposizione dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Lucca, si informa che i Suoi Dati Personali e i documenti richiesti vengono trattati per procedere all'iscrizione all'albo.

Il trattamento dei Suoi Dati Personali verrà effettuato mediante idonei strumenti cartacei, elettronici e/o telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e, comunque, in modo tale da garantire la sicurezza e riservatezza dei Dati stessi. Il materiale raccolto sarà utilizzato esclusivamente per le finalità sopra indicate. I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati ad eventuali soggetti che forniscano all'Ordine delle Professioni Infermieristiche Provinciale di Lucca prestazioni o servizi strumentali alle finalità sopra indicate. I Suoi Dati Personali saranno trattati per il tempo necessario all'esecuzione delle finalità sopra indicate e verranno conservati per il tempo necessario o secondo termini di legge.

Diritti: accesso, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, limitazione dei dati personali trattati, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti; avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento.

Il Titolare del trattamento dei Suoi Dati è ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI LUCCA con sede legale in Via Viaccia I 140, 55100 Lucca (LU), nella persona del Legale Rappresentante Anelli Catia. Qualsiasi richiesta relativa ai dati personali trattati dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI LUCCA potrà essere inviata presso la sede operativa dell'Ordine Via Viaccia I 140, 55100 Lucca (LU), oppure scrivendo all'indirizzo di posta elettronica segreteria@ipasvi.lucca.it

Il Responsabile della Protezione dei Dati Personali di ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI LUCCA è contattabile presso l'indirizzo email dpo@qmsrl.it

Lucca, _____

il/la Dichiarante _____
(esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3, comma 10 della legge 127/97)

data _____

**SPETT. ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI L U C C A**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ **il** _____

in base alla normativa sulla autocertificazione, dichiara sotto la propria responsabilità di aver conseguito il seguente titolo di studio professionale:

presso _____

in data _____.

In fede _____