

Inserire qui marca da
bollo 16,00 euro

**Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche
NAPOLI**

Io sottoscritt

di

(indicare il nome del padre ed il cognome e nome della madre)

nato a

prov () il

residente a

prov ()

Indirizzo

CAP

tel.

Cellulare:

e-mail

posta elettronica certificata

CHIEDE

di essere iscritt all'albo degli

(specificare: Infermieri; Infermieri Pediatrici).

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua responsabilità (art.76 DPR 28/12/2000 n.445)

DICHIARA

ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n. 445

- Di essere nat a: prov. () il
- di essere residente a: prov ()
indirizzo: CAP
(specificare solo se il domicilio è diverso dalla residenza);
- di essere domiciliat a: prov ()
indirizzo: CAP
- di essere cittadin italian ;
- di godere dei diritti civili
- di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale:
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
laurea in: conseguita in data
con votazione: presso:
- di non essere essere in possesso di partita iva
- di non essere essere attualmente iscritto ad altro OPI
- di non essere stato precedentemente iscritto ad altro OPI
essere stato precedentemente iscritto all'OPI di
- di non esercitare la professione infermieristica
esercitare la professione infermieristica presso
- di non avere riportato condanne penali
avere riportato le seguenti condanne penali: (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria. Indicare anche le sentenze con menzione ed i patteggiamenti)

Allega:

attestazione del versamento di € 168,00 sul c.c.p. 8003;
n° 2 fotografie formato tessera (identiche e recenti);
fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;

Data,

Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

Autorizzo il trattamento dei dati relativi alla mia persona, ai sensi delle disposizioni di cui al GDPR ed al DLgs. 30/06/2003 n°19 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Data,

Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI NAPOLI

orario di apertura: Lunedì: 15.00 – 18.00 dal Martedì al Venerdì: 9.30 – 12.30

Piazza Carità 32, 80134 Napoli- Tel. 081 440140 – 081 440175

e-mail info@opinapoli.it pec: napoli@cert.ordine-opi.it

Per iscriversi agli Albi tenuti dall'OPI di Napoli i laureati a.a. dal 2017/2018 e successivi dovranno produrre i seguenti documenti:

- a) domanda di iscrizione redatta su carta resa legale con marca da bollo da € 16,00 (vedi fac-simile)
- b) n° 2 foto formato tessera uguali tra loro e recenti firmate sul retro;
- c) attestazione di versamento di € **168,00** sul c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate, Centro operativo di Pescara, Tasse Concessioni Governative (i bollettini preintestati sono reperibili presso tutti gli uffici postali; tipo di versamento: rilascio – codice: 8617);
- d) Fotocopia di un valido documento di identità (che va comunque esibito in originale all'atto della presentazione della domanda)

I laureati degli a.a. 2017/2018 e successivi sono esentati dal pagamento della quota di iscrizione all'Albo dovuta all'Opi di Napoli di € 80,00

Le successive quote d'iscrizione annue verranno pagate tramite avviso di pagamento PagoPA che verrà inviato da questo Ente via PEC o per posta al domicilio dell'iscritto.

Il certificato Giudiziale Generale verrà richiesto da questo Ufficio direttamente alla Autorità competenti.

N.B. La deliberazione dell'iscrizione avverrà entro e non oltre i 3 mesi (art. 8 DPR 221/50) dalla data di presentazione della domanda.

Per presentare la domanda di iscrizione è necessario presentarsi personalmente presso la Segreteria dell'Ordine muniti di documento d'identità in corso di validità almeno entro mezz'ora prima dell'orario di chiusura per la compilazione del modulo prestampato contenente le dichiarazioni indicate nel fac-simile.

Requisiti fondamentali per l'iscrizione all'Albo sono alternativamente la residenza, il domicilio o il domicilio lavorativo nella provincia di Napoli.

La quota per l'iscrizione da versare all'OPI di € 80,00 comprende anche la quota dell'anno in corso. Essa è valida per l'anno solare in corso qualsiasi sia il mese in cui avviene l'iscrizione all'Ordine. Negli anni successivi l'avviso di pagamento sarà recapitato agli iscritti a mezzo PEC oppure a mezzo posta ordinaria;

Dopo la deliberazione della domanda, l'iscritto riceverà all'indirizzo e-mail indicato sulla domanda di iscrizione (e successivamente a mezzo posta ordinaria o PEC) la comunicazione di avvenuta iscrizione all'Albo con l'indicazione della data per il ritiro della tessera di iscrizione.

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

L'Ordine informa che, in adempimento all'art. 16, comma 7, Legge 28.01.2009 n. 2, (GU del 28/1/2009 supplemento ordinario n. 14/L), sussiste **l'obbligatorietà di tutti i professionisti** iscritti ad un Albo Professionale di acquisire un indirizzo PEC e di comunicarlo, al proprio Ordine di appartenenza.

Nel caso in cui si volesse attivare la PEC GRATUITAMENTE, l'OPI di Napoli la offre ai propri iscritti con dominio "pec.opinapoli.it" compilando il modulo in basso.

Qualora, NON si volesse ricevere GRATUITAMENTE la PEC offerta dall'OPI di Napoli, la si dovrà acquisire autonomamente mediante uno dei gestori PEC accreditati presso l'Agenzia per l'Italia Digitale sul sito: <http://www.agid.gov.it/infrastrutture-sicurezza/pec-elenco-gestori> e comunicarla quanto prima.

Nota: Si ricorda che la casella PEC, se attivata gratuitamente con l'Ordine Provinciale di Napoli e con dominio @pec.opinapoli.it, **sarà disabilitata e cancellata dopo 90 giorni** dalla data di delibera della cancellazione o del trasferimento

Per presa visione

Data,

Firma

_____ (per esteso e leggibile)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 196/2003 e Regolamento (UE) 2016/679

Gentile Iscritt ,
ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 (di seguito T.U.), ed in relazione ai dati personali di cui l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli entrerà in possesso, La informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento dei dati.
Il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta e completa esecuzione dei compiti d'Ufficio attribuiti dalla legge all'O.P.I.
2. Modalità del trattamento dei dati.
 - a) Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate all'art. 4 comma 1 lett. a) T.U.: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.
 - b) Le operazioni possono essere svolte con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati.
 - c) Il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.
3. Conferimento dei dati.
Il conferimento di dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1.
4. Rifiuto di conferimento dei dati. L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali nel caso di cui al punto 3 comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1.
5. Comunicazione dei dati.
I dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 a collaboratori esterni, soggetti operanti nel settore sanitario, alla Federazione Nazionale ed agli altri Ordini e, in genere, a tutti quei soggetti cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità indicate nel punto 1.
6. Diffusione dei dati.
I dati personali non sono soggetti a diffusione.
7. Trasferimento dei dati all'estero.
I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea nell'ambito delle finalità di cui al punto 1.
8. Diritti dell'interessato.
L'art. 7 T.U. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.
9. Titolare del trattamento. Titolare e responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli.

Per la procedura di iscrizione I sottoscritt dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati sensibili, ai sensi e per gli effetti tutti del D.lgs. 196/2003 e sue modificazioni ed integrazioni, nonché dal capo III sezioni 1 - 4 del **Regolamento (UE) 2016/679** entrato in vigore il 24 maggio 2016 e direttamente applicabile in tutti gli stati UE a partire dal **25 maggio 2018**.

Per ricevuta comunicazione

Data,

Firma

_____ (per esteso e leggibile)



MODULO DI ADESIONE AL SERVIZIO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

Nome Dominio PEC: PEC.OPINAPOLI.IT

I sottoscritt
nat a _____ ()
il _____ Cod.Fisc
residente a _____ () C.A.P.
indirizzo
nazionalità
telefono _____ Cellulare
e-mail

Con il presente modulo di adesione, compilato e sottoscritto in ogni sua parte, **chiede** all'OPI di Napoli, l'assegnazione in uso della casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) **GRATUITA**, composta da: **nome.cognome[suffisso numerico]@pec.opinapoli.it** [il suffisso numerico verrà utilizzato in caso di omonimia]. A tal fine, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000),

DICHIARA

- ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri;
- di essere in regola con i pagamenti delle quote annuali;
- di essere consapevole che il servizio PEC consiste nell'assegnazione (**entro e non oltre i 30 giorni**) in uso di una casella PEC creata sul nome a dominio PEC sopra indicato, che detto servizio, gestito ed erogato dall'O.P.I. di Napoli è da questa fornito e commercializzato congiuntamente a Namirial società;
- di essere consapevole che la casella PEC, offerta gratuitamente in quanto iscritto all'O.P.I. di Napoli, **sarà cancellata 90 giorni dopo la cancellazione;**
- di aver preso chiara ed esatta visione e di accettare espressamente, mediante la sottoscrizione del presente documento, i termini e le condizioni indicate nelle Condizioni Generali di contratto "Posta Elettronica Certificata" di contratto per la fornitura di servizi Namirial PEC, disponibili alla pagina https://www.sicurezza postale.it/docs/Condizioni_generali.pdf

Data, _____ I richiedente _____
(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi e per gli effetti di cui agli 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 clausole seguenti: 4) Requisiti; 5) Corrispettivi, modalità di pagamento e fatturazione del Servizio PEC; 6) Attivazione, erogazione del Servizio PEC e Servizi Aggiuntivi; 7) Durata e rinnovo; 9) Obblighi, divieti e responsabilità del Cliente; 10) Limitazioni di responsabilità dei Fornitori; 14) Modifiche dei servizi e variazioni alle condizioni dell'offerta; 15) Clausola risolutiva espressa; 16) Recesso; 20) Foro competente.

Data, _____ I richiedente _____
(firma per esteso e leggibile)

Manifestazione di consenso al Trattamento dei Dati Personali
Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa ai sensi dell'Art. 13 D.lgs. 196/2003, contenuta nelle Condizioni generali di Contratto "Posta Elettronica Certificata" e presto il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate. Dichiaro, altresì, di essere consapevole che in mancanza di rilascio del consenso a tale trattamento potranno trovare applicazione le disposizioni indicate nella predetta Informativa.

Data, _____ I richiedente _____
(firma per esteso e leggibile)

Inviare il presente Modulo di adesione unitamente a copia di un documento di riconoscimento valido via e-mail al seguente indirizzo: info@opinapoli.it