



OPI

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO CITTADINO EXTRA - COMUNITARIO - TITOLO CONSEGUITO ALL'ESTER...
REV2023

di essere residente in _____ prov. _____

Cap _____ Nazione _____

Via/Piazza _____

(compilare solo se non coincide con la residenza)

Di essere domiciliato in _____ prov. _____ Cap _____ Nazione _____

Via/Piazza _____ n. _____ ☎ _____ ☎(cell) _____

di avere il proprio domicilio professionale in (Città) _____ Prov _____

Via o Ente _____

☎ _____ ☒ Email _____

Di comunicare i seguenti recapiti, impegnandomi ad aggiornarli in caso di qualsiasi variazione.

PEC _____

E-mail _____

Tel. / Cell. _____

Di essere cittadino _____

Di godere dei diritti civili

*(in caso negativo **non** barrare la casella e specificare nello spazio)*

SEDE LEGALE E OPERATIVA: Via Massa Avenza 38D int. 205 – 54100 Massa
telefono 0585 620484; - CF: 83004300451

www.opimassacarrara.it - info@opimassacarrara.it –PEC massacarrara@cert.ordine-opi.it



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara
DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO CITTADINO EXTRA - COMUNITARIO – TITOLO CONSEGUITO ALL'ESTERNO...
REV2023

- Di non aver riportato condanne penali
 di **non** aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. - *cosiddetto patteggiamento*)

*(in caso negativo **non** barrare la casella e specificare nello spazio)*

- di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
 di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

*(in caso negativo **non** barrare la casella e specificare nello spazio)*

- Di essere in possesso del seguente titolo abilitativo alla professione

conseguito presso _____ con votazione _____

il ___/___/_____.

- Di esercitare la professione come libero professionista dipendente altro
 di essere stato iscritto / iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica). Partita IVA n. _____
 di **non** essere stato iscritto / iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica)
 di non essere iscritto ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche

SEDE LEGALE E OPERATIVA: Via Massa Avenza 38D int. 205 – 54100 Massa
telefono 0585 620484; - CF: 83004300451

www.opimassacarrara.it - info@opimassacarrara.it –PEC massacarrara@cert.ordine-opi.it



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO CITTADINO EXTRA - COMUNITARIO - TITOLO CONSEGUITO ALL'ESTERNO
REV2023

- di non essere stato iscritto in precedenza ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche (o Collegio IPASVI)

In caso contrario non barrare la casella e indicare quale

- di **non** essere stato cancellato/a per morosità / irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessun albo provinciale

- Di aver letto, compreso e firmato l'informativa sulla privacy generale iscritti sul trattamento dei dati personali, di seguito riportata. Consapevole che l'informativa potrà essere soggetta ad aggiornamenti.

SOLO PER CITTADINO EXTRACOMUNITARIO CON TITOLO NON CONSEGUITO IN ITALIA

di essere in possesso del Decreto di riconoscimento del titolo e autorizzazione del Ministero della salute per esercitare in Italia la professione di _____, rilasciato il _____
prot. n° _____ (allegare fotocopia del certificato di equipollenza e il titolo di studio)

di aver provveduto alla richiesta del permesso di soggiorno alla Questura di _____ in data ____/____/____ (allegare fotocopia della richiesta del permesso di soggiorno)

di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ in data ____/____/____ e con scadenza il ____/____/____
(allegare fotocopia del permesso di soggiorno)

di aver superato l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana (parlata e scritta) e delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia il ____/____/____ presso _____

(allegare fotocopia della certificazione del superamento dell'esame se sostenuto presso altro Ordine)

SEDE LEGALE E OPERATIVA: Via Massa Avenza 38D int. 205 – 54100 Massa
telefono 0585 620484; - CF: 83004300451

www.opimassacarrara.it - info@opimassacarrara.it –PEC massacarrara@cert.ordine-opi.it



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO CITTADINO EXTRA - COMUNITARIO - TITOLO CONSEGUITO ALL'ESTERNO
REV2023

SOLO PER CITTADINO EXTRACOMUNITARIO CON TITOLO CONSEGUITO IN ITALIA

- di aver provveduto alla richiesta del permesso di soggiorno alla Questura di _____ in data ____/____/____ (allegare fotocopia della richiesta del permesso di soggiorno)
- di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ in data ____/____/____ e con scadenza il ____/____/____ (allegare fotocopia del permesso di soggiorno)

SOLO PER CITTADINO COMUNITARIO CON TITOLO NON CONSEGUITO IN ITALIA

- di essere in possesso del Decreto di riconoscimento del titolo e autorizzazione del Ministero della salute per esercitare in Italia la professione di _____, rilasciato il _____ prot. n° _____ (allegare fotocopia del certificato di equipollenza e il titolo di studio)
- di essere in possesso dell'attestazione di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione Europea rilasciata dal Comune di residenza (allegare fotocopia del certificato)
- di aver superato l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana (parlata e scritta) e delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia il ____/____/____ presso _____ (allegare fotocopia della certificazione del superamento dell'esame se sostenuto presso altro Ordine)

SOLO PER CITTADINO ITALIANO CON TITOLO NON CONSEGUITO IN ITALIA

- di essere in possesso del Decreto di riconoscimento del titolo e autorizzazione del Ministero della salute per esercitare in Italia la professione di _____, rilasciato il _____ prot. n° _____ (allegare fotocopia del certificato di equipollenza e il titolo di studio)

A titolo di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

SEDE LEGALE E OPERATIVA: Via Massa Avenza 38D int. 205 – 54100 Massa
telefono 0585 620484; - CF: 83004300451

www.opimassacarrara.it - info@opimassacarrara.it –PEC massacarrara@cert.ordine-opi.it



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara
DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO CITTADINO EXTRA - COMUNITARIO – TITOLO CONSEGUITO ALL'ESTERNO
REV2023

OPI

DICHIARA

(art. 47 DPR 445/2000)

di essere consapevole che l'Ordine in qualità di Ente pubblico non economico, ente sussidiario dello Stato, potrà effettuare verifiche e i dovuti controlli su quanto dichiarato.

Massa, _____ / _____ / _____

Firma

Esente da autentica di firma
(ai sensi dell'art. 3, comma 10 L.127/97)

DOCUMENTI DA ALLEGARE AI FINI DELL'ISCRIZIONE:

1. Una foto tessera recente
2. Documenti identità e codice fiscale in corso di validità
2. Ricevuta del versamento di euro 168.00 a favore di c/c postale 8003
(Tassa concessioni governative)
3. Ricevuta del versamento di € 108,00,
(€ 18,00 per tassa di iscrizione e € 90,00 per tassa annuale)
Effettuato tramite bonifico bancario sul c/c n. 3844
Banco Popolare, Codice IBAN: IT85 Z 05034 13643 000000003844
intestato all' OPI di Massa Carrara;
4. Fotocopia del Diploma di Laurea o titolo equipollente
5. in caso di iscrizione in seguito a cancellazione per morosità allegare anche atto notorio compilato con dichiarazione di aver o non aver lavorato nel periodo di cancellazione dall'Albo
6. informativa sulla privacy firmata
7. fotocopie espressamente richieste a Cittadino Extracomunitario Con Titolo Conseguito In Italia, Cittadino Extracomunitario Con Titolo Non Conseguito In Italia, Cittadino Comunitario Con Titolo Non Conseguito In Italia, Cittadino Italiano Con Titolo Non Conseguito In Italia

OPI di Massa Carrara Il sottoscritto:

incaricato,

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000,

SEDE LEGALE E OPERATIVA: Via Massa Avenza 38D int. 205 – 54100 Massa
telefono 0585 620484; - CF: 83004300451

www.opimassacarrara.it - info@opimassacarrara.it –PEC massacarrara@cert.ordine-opi.it



OPI

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara
DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO CITTADINO EXTRA - COMUNITARIO – TITOLO CONSEGUITO ALL'ESTL...
REV2023

che il/la Signor/a.
identificato/a a mezzo di:

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.
DATA FIRMA dell'incaricato che riceve l'istanza

____ / ____ / ____



Ordine Provinciale
Professioni
Infermieristiche

**Informativa Generale Iscritti sul Trattamento dei Dati Personali v.01 del
13/06/2023**

INFORMATIVA ISCRITTI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Questa informativa riguarda i dati personali che saranno oggetto di trattamento nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei Dati Personali e, comunque, dei principi di riservatezza cui è ispirata l'attività dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA ed intende descrivere le sue modalità di gestione, in ambito del trattamento dei dati personali degli Interessati (in qualità di Iscritti e Iscrivendi).

Questa informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "RGPD", nonché ai sensi del D.lgs. 196/2003 integrato e modificato dal D.lgs. 101/2018.

Per Trattamento dei Dati Personali si intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

1. Categorie di Dati Personali trattati

L'Ordine tratterà i seguenti Dati Personali forniti dall'Iscritto:

1. Dati Anagrafici e Identificativi (tra i quali nome, cognome, data di nascita, sesso), codice fiscale
2. Dati di Contatto (tra i quali telefono, email, indirizzo)
3. Dati personali inerenti alle competenze acquisite
4. Dati sul proprio domicilio professionale
5. Dati Atti a Rivelare lo Stato di Salute per lo svolgimento delle mansioni
6. Foto identificativa (fototessera o scatto tramite webcam)



Ordine Provinciale
Professioni
Infermieristiche

Informativa Generale Iscritti sul Trattamento dei Dati Personali v.01 del 13/06/2023

2. Finalità del Trattamento

Natura Obbligatoria

I Dati Personali da Lei messi a disposizione dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA potranno essere utilizzati per le seguenti finalità di carattere obbligatorio:

- a) Iscrizione all'Albo al fine di permettere all'Interessato di poter esercitare la professione, per adempiere ai servizi/ricieste dell'Isritto ed all'esecuzione di tutte le attività connesse (trasferimento, cancellazione, modifiche, ed aggiornamento dei dati), (base giuridica D.L.C.P.S. n.233/46 così come modificati dalla legge n.3 del 2018 – art. 6 par. 1 lett. b), c) ed e) del RGPD;
- b) Autenticazione dell'identità della persona fisica ai sensi dell'art.34 D.P.R. 445/2000 (par. 1 punto 6: Foto identificativa (o fototessera) (base giuridica art. 34 del D.P.R. 445/2000 – art. 6 par. 1 lett. c) ed e) del RGPD
- c) Permettere all'Ordine di espletare gli obblighi di legge di cui al D.L.C.P.S. n.233/46 così come modificati dalla legge n.3-2018 dell'11 gennaio 2018

Le ricordiamo che, con riferimento alle finalità evidenziate ai punti sopraelencati il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio. Un Suo eventuale rifiuto e/o il conferimento di informazioni inesatte e/o incomplete impedirebbe la sua iscrizione a questo albo.

Natura Facoltativa – Newsletter

I trattamenti sottoelencati avranno luogo previo e specifico consenso (art. 6 paragrafo 1 lettera a)) quale base giuridica del trattamento:

- d) Ricezione newsletter di carattere informativo riguardanti la professione infermieristica, tra i quali eventi e corsi di formazione.

Le ricordiamo che il trattamento è di origine facoltativa. Il conferimento dei personali per iscrizione alla newsletter è necessario per iscriversi alla newsletter. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di iscriversi alla newsletter e quindi ricevere comunicazioni per informazioni su eventi e/o corsi di formazione.



Ordine Provinciale
Professioni
Infermieristiche

Informativa Generale Iscritti sul Trattamento dei Dati Personali v.01 del 13/06/2023

3. Modalità del Trattamento

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.

Inerente alla finalità a) e nello specifico "adempiere ai servizi/ricieste dell'iscritto", l'Ordine si riserva inoltre di richiedere un'autorizzazione specifica per alcune tipologie di servizi che possono comportare la comunicazione, o comunque il trattamento, di categorie particolari di dati verso soggetti esterni quali collaboratori/consulenti/fornitori (vedi par. seguente).

L'iscrizione alla newsletter avviene solamente in forma telematica attraverso il sito internet istituzionale www.opimassacarrara.it/newsletter

4. Destinatari o Categorie di destinatari dei Dati Personali (Responsabili Esterni del Trattamento)

Verranno a conoscenza dei Suoi Dati Personali, il Responsabile per la Protezione dei Dati e gli Incaricati del trattamento dei Dati Personali nominati dall'Ordine nell'esercizio delle loro funzioni. Inoltre saranno comunicati ai soggetti di cui all'art.2 del D.P.R. 221/50 ed altri soggetti ai soli fini di perseguire gli scopi prescritti di cui al D.L.C.P.S. n.233/46 così come modificati dalla legge n.3-2018 dell'11 gennaio 2018.

I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati ad eventuali soggetti che forniscano all'Ordine delle Professioni Infermieristiche DI MASSA CARRARA prestazioni o servizi strumentali alle finalità indicate nel precedente par. 2. I Suoi Dati Personali potranno essere altresì comunicati a fornitori, appaltatori, istituti bancari e/o assicurativi ovvero altri soggetti e/o enti che provvedano (per conto dell'Ordine) ai seguenti aspetti:

- Attività istituzionali (tra le quali Enti Pubblici)
- Collaborazione Esterna
- Manutenzione e sviluppo della rete e infrastruttura informatica
- Consulenza



Ordine Provinciale
Professioni
Infermieristiche

Informativa Generale Iscritti sul Trattamento dei Dati Personali v.01 del 13/06/2023

- Formazione (Agenzie formative)
- Elaborazioni e adempimenti: amministrativi, contabili e fiscali
- Legale

L'elenco completo dei Responsabili Esterni del Trattamento dei Dati Personali dell'Ordine sono disponibili su richiesta (vedi dati di contatto, par. 7).

In ogni modo i Suoi Dati Personali non verranno diffusi; la comunicazione ad organizzazioni internazionali e/o ad organizzazioni all'esterno dell'UE avverrà esclusivamente al verificarsi di un Suo trasferimento lavorativo in territorio estero all'Unione Europea, quindi la comunicazione avverrà per permettere all'interessato di poter continuare ad esercitare la professione.

5. Durata del trattamento e criteri utilizzati per la conservazione dei Dati Personali

5.1. Durata

Le finalità di cui al paragrafo 2 "Finalità del Trattamento" della presente informativa, i Suoi Dati Personali saranno trattati per il seguente periodo di tempo:

- Per le finalità a), b), c) durata del trattamento è pari alla durata dell'iscrizione;
- Per la finalità d) la durata del trattamento è pari alla durata del trattamento stesso.

5.2. Conservazione

I dati saranno conservati:

- Per le finalità a), b), c) la conservazione dei dati durerà per un tempo illimitato;
- Per la finalità d) la conservazione dei dati nel database per l'invio di comunicazioni durerà per un tempo pari alla durata di trattamento prevista e comunque non superiore ai 24 mesi, salvo la possibilità da parte dell'interessato di avvalersi dell'opt-out.

6. Diritti dell'Interessato

Ai sensi dell'artt. 7, 15-22 e 77 del Regolamento UE 2016/679 l'interessato ha diritto a:

- Revocare il consenso precedentemente prestato, senza pregiudicare la liceità del trattamento



Ordine Provinciale
Professioni
Infermieristiche

Informativa Generale Iscritti sul Trattamento dei Dati Personali v.01 del 13/06/2023

basato sul consenso prima della revoca (per la finalità e))

- Ottenere l'accesso a tutti i propri dati personali detenuti dall'Istituto
- Ottenere l'accesso a tutte le informazioni riportate nel presente documento
- Ottenere il diritto alla rettifica, integrazione, cancellazione dei dati personali (diritto all'oblio) o limitazione del trattamento dei dati personali
- Ottenere il diritto alla portabilità dei dati
- Diritto di opposizione
- Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo

Per l'esercizio di tali diritti, sopra descritti, La preghiamo di contattare le figure designate tramite i contatti riportati al par. 7; a tale richiesta sarà fornito idoneo riscontro secondo le tempistiche previste dal GDPR.

7. Titolare del trattamento, Responsabili e Responsabile della Protezione dei Dati Personali

- Il Titolare del trattamento dei Suoi Dati è ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA con sede legale in Via Massa Avenza 38/D MASSA CARRARA (MS), nella persona del Legale Rappresentante Dott. Luca Fialdini. Qualsiasi richiesta relativa ai dati personali trattati dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA potrà essere inviata presso la sede operativa dell'Ordine Via Massa Avenza 38D Int. 205 Il piano, 54100 Massa - MASSA CARRARA (MS), oppure scrivendo all'indirizzo di posta elettronica privacy@opimassacarrara.it.
- Il Responsabile della Protezione dei Dati Personali di ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA è la società Quality Management S.r.l.s. sita in Piazza delle Fiere n.1, 52029 Cast. Fibocchi (AR), che, in caso di quesiti, richieste o reclami, può essere contattato all'indirizzo e-mail dpo@qmsrl.it

La presente informativa sarà soggetta ad aggiornamenti.

Data ____/____/____

Pag. 5 di 5

Firma