

MARCA DA BOLLO

€ 16,00

DPR 26/10/72

N°642



Ordine Provinciale
Professioni
Infermieristiche

DOMANDA DI TRASFERIMENTO ALL'ALBO PROVINCIALE DI MASSA CARRARA
Modulo trasferimento cittadini italiani e comunitari in possesso di titolo italiano

Il/La sottoscritt_ Cognome _____ Nome _____

CHIEDE

Il trasferimento di iscrizione dall'Albo OPI di _____ a quello di Massa Carrara

DICHIARA

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

- di essere nat_ il _____ a _____ prov. _____
- di essere residente a _____ prov. _____
via/piazza _____ n° _____ CAP _____
- di avere il domicilio professionale a _____ prov. _____
via/piazza _____ n° _____ CAP _____
- telefono _____ cellulare _____ E-mail _____ PEC _____
- di essere di cittadinanza _____;
- di godere dei diritti civili
- di avere conseguito il seguente titolo di studio: _____

in data _____ con votazione _____ presso _____

- di non avere riportato condanne penali,
(in caso affermativo indicare quali nello spazio sottostante)

- di essere in possesso della partita IVA n° _____;
- di essere iscritto all'Albo OPI (ex IPASVI) di _____ dal _____
- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Albo professionale di provenienza
- di **essere** iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica) e di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi
- di **non essere** iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica)
- di esercitare la professione come : libero professionista; dipendente; altro
- di non essere mai stato cancellato per morosità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale

Il/La sottoscritt_, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 DPR 445/20 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Carrara li _____

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



DOCUMENTI DA ALLEGARE AI FINI DEL TRASFERIMENTO D'ISCRIZIONE:

1. Due foto tessera, uguali e recenti
2. Fotocopia del versamento della tassa annuale eseguita in favore dell'OPI di provenienza per l'anno in corso.
4. Fotocopia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità
5. Fotocopia del codice fiscale

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

In relazione all'Informativa **ISCRITTI** sul Trattamento dei Dati Personali da Lei messi a disposizione all'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA, si informa che questi verranno trattati per rispondere alle specifiche finalità connesse al presente documento; quindi, saranno utilizzati per **ISCRIZIONE ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA**. 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 DI MASSA CARRARA 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 MASSA CARRARA con sede legale in Via Don Minzoni 25, 54033 MASSA CARRARA (MS), nella persona del Presidente Morena Fruzzetti. Qualsiasi richiesta relativa ai dati personali trattati dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA potrà essere inviata presso la sede operativa dell'Ordine, 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 contattabile presso l'indirizzo email dpo@qmsrl.it

Note:

* Ogni OPI sceglierà l'opzione corretta

** Inserire il nome e cognome del Presidente dell'OPI ai sensi dell'art. 1 lett.d della legge 675/96

Inserire il nome e cognome dell'impiegato, se designato ai sensi dell'art. 8 della legge 675/96

Carrara Li _____

Firma _____

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