

**ELENCO DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE DEI CITTADINI STRANIERI, ALL'ALBO
PROFESSIONALE CON AUTOCERTIFICAZIONE**

- 1) Domanda di iscrizione con **marca da bollo da euro 16,00**. La domanda deve essere: scritta su tutte le righe ed in modo leggibile, non deve contenere cancellazioni, abrasioni e abbreviazioni
- 2) Copia del permesso di soggiorno (**cittadini stranieri non comunitari**) con l'apposizione in calce dell'attestazione della conformità all'originale ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000 esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR. 445/2000). Gli Infermieri in attesa del permesso/carta di soggiorno per motivi di lavoro subordinato, possono presentare la ricevuta attestante l'avvenuta presentazione della richiesta del permesso/carta di soggiorno, rilasciata dall'Ufficio postale abilitante, unitamente alla copia del modello di richiesta di permesso di soggiorno rilasciato dallo Sportello Unico per l'Immigrazione (e dimostrino di aver sottoscritto il contratto di soggiorno)
- 3) Attestazione di iscrizione anagrafica di **cittadino comunitario** oppure, nel caso non sia stata ancora conseguita la residenza, attestazione di richiesta di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione Europea, rilasciata dal Comune contenente l'indicazione del nome, della dimora del richiedente, la data di richiesta della medesima e l'attestazione di regolarità del soggiorno in Italia
- 4) Decreto di riconoscimento rilasciato dal Ministero della Salute autorizzativo dell'esercizio professionale di infermiere/a in Italia in originale o in copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000 effettuata da parte del Collegio esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000) (**cittadini stranieri non comunitari**);
- 5) Autorizzazione all'esercizio della professione rilasciato dal Ministero della Salute (**cittadini Unione Europea**);
- 6) Copia del Diploma professionale, con traduzione in italiano, conforme al testo originale, certificata, dall'Autorità diplomatica o Consolare italiana presso il Paese in cui il documento è stato rilasciato, oppure da un traduttore ufficiale presso il Tribunale italiano;
- 7) Quietanza del pagamento di euro 168,00 comprovante il pagamento della Tassa Erariale, per concessioni governative sul **c/c.p. n. 8003** intestato a "Agenzia delle Entrate – Ufficio di Pescara Tasse Concessioni governative – causale: Iscrizione ad Ordine Professioni Infermieristiche;
- 8) Copia del bonifico, comprovante il pagamento della quota di iscrizione Albo + diritti di segreteria di euro 67,00 da effettuarsi sulle seguenti coord. Bancarie: **IT 11 D 06230 24225 0000 46413031**
- 9) Tre fotografie formato tessera identiche e recenti di cui una verrà legalizzata ai sensi dell'art. 34; DPR 445/2000 da parte di OPI Rimini, una, firmata sul davanti, verrà posta sulla tessera e una inserita nella scheda personale dell'iscritto;
- 10) Copia della carta di identità/passaporto con l'apposizione in calce dell'attestazione della conformità all'originale ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000 esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000)
- 11) Copia del numero del Codice Fiscale con l'apposizione in calce dell'attestazione della conformità all'originale, ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000 esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);

Le successive quote di iscrizione annua, verranno recapitate alla residenza dell'iscritto.

Il timbro annuale verrà apposto sulla tessera presentandosi in segreteria muniti della ricevuta comprovante l'avvenuto pagamento della quota dell'anno in corso.

OPI Rimini (Presidente Marina Mazzotti)
Via Flaminia 185/E – Rimini Tel: 0541-718916 fax: 0541-902768
E-mail: rimini@cert.ordine-opi.it segreteria@opirimini.it www.opirimini.it
Orari apertura: Lun. – Merc. 13,30\15,30 Mart. - Giov.- Ven. 9,30\12,00

DOMANDA ISCRIZIONE AD ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE PER STRANIERI

Al Presidente
OPI Rimini
Via Flaminia 185/E - 47923 Rimini

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____
(Nome) _____ coniugata con _____
nato/a a _____ il _____ nazione _____
Residente a (città) _____ Nazione _____
Via\Piazza _____ n.° _____
Domiciliato in Italia (città) a _____ cap _____
Via\Piazza _____ n.° _____
Recapito telefonico _____ email _____
Sede di lavoro _____

CHIEDE

Di essere iscritt_ all'Ordine Professioni Infermieristiche degli _____ (*specificare se infermiere, assistente sanitario o vigilatrice d'infanzia*) tenuto dal su intestato Collegio.

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 del DPR 28\12\2000 n. 445

- Di essere nat_ a _____ nazione _____ il _____
- Di essere domiciliat_/residente a _____ prov. _____
- Via\Piazza _____ n.° _____ tel. _____
- Di essere cittadin_ _____
- Di godere dei diritti civili
- Di essere in possesso del seguente Titolo di studio: _____
(*Diploma o Laurea e qualifica*)
conseguito in data _____ con votazione _____
presso _____
(*indicare se scuola o università la città e la nazione*)
- Di essere in possesso del Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di
Infermiere rilasciato il _____ prot. _____
- Di avere superato in data _____ a _____ l'esame per l'accertamento della
conoscenza delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio professionale in Italia
ed in data _____ a _____ l'esame per l'accertamento della
conoscenza della lingua italiana sia parlata che scritta;

- Di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato/a dalla questura di _____

il _____ con scadenza in data _____

- Di aver provveduto alla richiesta del Permesso di soggiorno o carta di soggiorno in data _____

- Di impegnarmi a presentare tempestivamente al Collegio IPASVI di Rimini il permesso/carta di soggiorno ad ogni suo rinnovo.

- Di non aver riportato condanne penali (**in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria**) _____

- Di essere in possesso del seguente n.° di Codice Fiscale:

- Di essere in possesso della Partita IVA n. _____

- Di non avere in corso altre procedure e prove d'esame non superate presso altro Ordine d'Italia

- Di non avere presentato domanda di iscrizione ad altro Ordine d'Italia (***in caso positivo indicare quale***) _____

- Di non essere attualmente iscritto ad altro Ordine Professioni Infermieristiche

- Di non essere stato precedentemente iscritto a questo o ad altro Ordine Professioni Infermieristiche (***in caso positivo indicare quale, motivo e anno di cancellazione***) _____

Allega:

- 1 marca da bollo da **euro 16,00**
- Copia del permesso di soggiorno (**cittadini stranieri non comunitari**) con l'apposizione in calce dell'attestazione della conformità all'originale ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000 esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000).
Oppure, in sua sostituzione **per gli Infermieri in attesa del permesso/carta di soggiorno per motivi di lavoro subordinato**):
- ricevuta attestante l'avvenuta presentazione della richiesta del permesso/carta di soggiorno, rilasciata dall'Ufficio postale abilitante, unitamente alla copia del modello di richiesta di permesso di soggiorno rilasciato dallo Sportello Unico per l'Immigrazione;
- Attestazione di iscrizione anagrafica di **cittadino comunitario** oppure, nel caso non sia stata ancora conseguita la residenza, attestazione di richiesta di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione Europea, rilasciata dal Comune contenente l'indicazione del nome, della dimora del richiedente, la data di richiesta della medesima e l'attestazione di regolarità del soggiorno in Italia
- Decreto di riconoscimento rilasciato dal Ministero della Salute autorizzativo dell'esercizio professionale di infermiere/a in Italia in originale o in copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000 effettuata da parte del Collegio esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000) (**cittadini stranieri non comunitari**);
- Autorizzazione all'esercizio della professione rilasciato dal Ministero della Salute (**cittadini Unione Europea**);
- Copia del Diploma professionale, con traduzione in italiano, conforme al testo originale, certificata, dall'Autorità diplomatica o Consolare italiana presso il Paese in cui il documento è stato rilasciato, oppure da un traduttore ufficiale presso il Tribunale italiano;
- Quietanza del pagamento di euro 168,00 comprovante il pagamento della Tassa Erariale, per concessioni governative;
- Copia del bonifico, comprovante il pagamento della quota di iscrizione Albo + diritti di segreteria di euro 67,00
- Tre fotografie formato tessera identiche e recenti di cui una verrà legalizzata ai sensi dell'art. 34; DPR 445/2000 da parte del Collegio, una, firmata sul davanti, verrà posta sulla tessera e una inserita nella scheda personale dell'iscritto;
- Copia della carta di identità/passaporto con l'apposizione in calce dell'attestazione della conformità all'originale ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000 esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000)
- Copia del numero del Codice Fiscale con l'apposizione in calce dell'attestazione della conformità all'originale, ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000 esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);

Data _____

Il/La dichiarante _____

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3 comma 10 Legge 127/97
N.B. La firma va apposta al Ordine in presenza dell'impiegato/a

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

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/2003 e dell'art. 48 del DPR 445/2000
"Codice in materia di protezione dei dati personali"**

Egr. sig.re\Gent.ma Sig.ra

La informiamo che:

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DLCP 233/46 e su 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 DLCP 233/46;
 - il trattamento viene effettuato con strumenti cartacei e 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 perseguire gli scopi prescritti dall'art. 3 del DLCP 233/46;
 - il titolare del trattamento è Mazzotti Marina in qualità di Presidente di OPI Rimini;
 - Il responsabile del trattamento è Canini Annamaria in qualità di Segretariodi OPI Rimini;
 - L'incaricato del trattamento è l'impiegata Patrizia Baldacci.
 - Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 7 del D.lgs 196/03 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine, situato a Rimini in Via Flaminia 185/E – 47923 Rimini, tel./fax 0541-718916 - e-mail: segreteria@opirimini.it
PEC: rimini@ipasvi.legalmail.it Sito web: www.opirimini.it
- La cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dall'Albo, motivata solo dal fatto di non esercitare più la professione infermieristica

Al Presidente OPI Rimini

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ prov. _____ cap _____

Via\Piazza _____ n. _____

AUTORIZZA

OPI Rimini al trattamento dei dati personali relativi alla mia persona in ottemperanza a quanto predisposto nell' art. 13 del Dlgs 196/2003 e nell'art. 48 del DPR 445/2000, relativo al Codice in materia di protezione dei dati personali

Rimini.....

IN FEDE.....