

## **Come iscriversi all'Ordine**

**NB: È NECESSARIO AVERE LA RESIDENZA NELLA PROVINCIA DI RIMINI o, in alternativa, IL DOMICILIO PROFESSIONALE EFFETTIVO.**

1. **PRE-ISCRIZIONE ONLINE** (<http://albo.ipasvi.it/preiscrizione/>) con raccomandazione di inserire correttamente tutti i dati anagrafici richiesti e una casella attiva di posta elettronica (email) per le comunicazioni con l'Ordine;
2. **Marca da bollo** da euro **16,00**;
3. **Ricevuta del bollettino postale** comprovante il pagamento della tassa erariale di EURO **168,00** per concessioni governative sul **c.c.p. n.º 8003 – Ufficio Registro Tasse – Pescara – causale: iscrizione OPI RIMINI** (Se bollettino prestampato: Codice tariffa 8617 – barrare tra le opzioni RILASCIO);
4. numero **2 Fotografie identiche** formato **tessera**;
5. **Fotocopia** in carta semplice del **Codice Fiscale**;
6. **Fotocopia** in carta semplice di un **documento di riconoscimento in corso di validità**;
7. **Autocertificazione del Titolo di studio in possesso** Diploma/Laurea (INF.- INF. PEDIATRICO);

Successivamente all'effettuazione della pre-iscrizione online **verrà inviato, nella casella email indicata, l'avviso di pagamento della quota di iscrizione pari ad euro 80,00 (€ 65,00 quota annuale + € 15 diritti di segreteria) da effettuarsi a mezzo PagoPa secondo le modalità ivi indicate.**

**Le successive quote di iscrizione annuali verranno recapitate via PEC, che sarà rilasciata e attivata gratuitamente all'atto dell'avvenuta iscrizione. La PEC è obbligatoria per ogni professionista ( Art. 37 Legge di conversione 11 settembre 2020 n° 120) e rappresenta il canale prioritario di comunicazione con l'Ordine e con tutti gli altri Enti Pubblici.**

Il timbro annuale verrà apposto sulla tessera di iscrizione presentandosi al nostro ufficio muniti della ricevuta dell'avvenuto pagamento della quota.

**Il Certificato del Casellario Giudiziale** verrà richiesto direttamente da questo ufficio all'autorità competente.

**Si prega, infine, di comunicare tempestivamente i propri recapiti in caso di variazione.**

La domanda deve essere consegnata **in originale** secondo le seguenti modalità:

**- presentandosi personalmente presso la sede OPI**

**- spedita con raccomandata al sottostante indirizzo**  
OPI Rimini Via Flaminia 185/E - 47923 Rimini (RN)

**INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO  
A NORMA DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE n. 2016/679 (GDPR)**

Gentile iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Rimini (OPI Rimini)  
Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art.13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e successive modificazioni e integrazioni, l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, ed in particolare essendo stato informato che:

**(Tipologia dei dati personali e finalità del trattamento)** L'ordine delle Professioni Infermieristiche di Rimini effettuerà il trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto, nel rispetto della normativa sopra richiamata e tale trattamento avrà ad oggetto i dati, eventualmente anche di natura particolare, raccolti per le seguenti finalità:

- adempimento di obblighi di legge, regolamento, normativa comunitaria;
- legge istitutiva Ordini DLCPS 13/9/1946 n. 233 dpr 221/1950;
- gestione del contenzioso (diffide, transizioni, recupero crediti, arbitrati, controversie giudiziarie);
- invio di pubblicazioni ordinistiche;
- attività di informazione;
- assolvimento del Decreto legge 172 del 26/11/2021 che prevede che non siano più le Aziende Sanitarie Locali a provvedere all'accertamento e alla eventuale sospensione dei professionisti iscritti, ma che siano gli Ordini territoriali competenti ad effettuare il controllo della corrispondenza con le norme di contenimento dell'epidemia da Covid 19 per la tutela della salute pubblica e inviino la comunicazione di sospensione tramite soggetti debitamente incaricati ai datori di lavoro;
- Contatti online e mail.

**(Ambito di comunicazione dei dati personali)** I dati personali potranno essere comunicati agli Enti o Organismi pubblici o privati, nazionali o esteri all'interno dell'UE, a persone fisiche o giuridiche competenti, anche in modo strumentale, per il corretto adempimento di tutto o parte dell'incarico conferito. In particolare dati personali potranno essere comunicati:

- ente poste o altre società di recapito della corrispondenza;
- banche ed istituti di credito;
- studi legali;
- società di manutenzione/riparazione delle apparecchiature informatiche;
- studi professionali e/o società e/o associazioni di imprese e di imprenditori che erogano a noi determinati servizi contabili e/o fiscali, ecc.;
- datori di lavoro per l'attuazione della verifica della corrispondenza con le norme previste per il contenimento dell'epidemia da Covid 19 al fine di tutelare la salute pubblica;
- pubblicati online menzionando anche l'esistenza di provvedimenti che incidano sull'esercizio della professione;
- saranno rilasciati a terzi per usi specificati nelle richieste protocollate presso la segreteria dell'Ordine; - potranno essere rilasciati a Strutture private e/o Enti che ne facciano richiesta all'Ordine delle Professioni Infermieristiche per ricerca personale.

**(Modalità del trattamento)** Il trattamento sarà effettuato manualmente e/o in forma automatizzata, rispettando le prescrizioni dettate dalla normativa sopra richiamata, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta.

**(Periodo di conservazione dei dati)** I dati saranno conservati per il tempo necessario all'adempimento delle finalità di cui sopra e comunque per non oltre il tempo definito dagli obblighi statutari.

**(Necessità del conferimento dei dati)** Il conferimento dei dati personali è obbligatorio in base a legge, regolamento, normativa comunitaria e condizionante la possibilità di adempiere efficacemente agli obblighi statutari. L'eventuale rifiuto di comunicare tali informazioni, nonché la mancata sottoscrizione del modulo per il rilascio del consenso di cui al punto 1

comporteranno l'impossibilità di adempiere efficacemente agli obblighi statutari e svolgere attività di informazione professionale.

**(Diritti riconosciuti all'interessato)** In relazione al trattamento dei dati personali, il sottoscritto può esercitare i diritti di cui agli art. da 15 a 22 del GDPR n. 2016/679 b):

**Diritto di rettifica ed integrazione dei dati personali; Diritto di rettifica ed integrazione dei dati personali; Diritto alla cancellazione dei dati («diritto all'oblio»); Diritto alla limitazione del trattamento;**

**Diritto di proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali,** seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it);

**Diritto alla portabilità del dato;**

**Diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali;**

**Diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione;**

**Diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento.**

**(Titolare e responsabile del trattamento e DPO)** Titolare del trattamento dei dati personali è all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Rimini, in persona del legale rappresentante pro-tempore il Dott. Colamaria Nicola, domiciliato per la carica presso l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Rimini Via Flaminia 185/E. Si comunica che la sorveglianza sulla protezione dei dati (DPO) viene svolta da Luana Brigladori reperibile all'indirizzo mail: [luanabrigliadori@pec.it](mailto:luanabrigliadori@pec.it)

**Punto 1** - Fornisco il consenso al trattamento dei propri dati personali, ivi espressamente compresi i dati di natura particolare, con le modalità sopra indicate per il conseguimento delle finalità dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Rimini, nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi, previsti dalla normativa in materia.

Data \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

**Firma per presa visione** \_\_\_\_\_

**Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

**di non aver subito condanne penali e/o comunque di non trovarsi in una delle condizioni che, ai sensi degli articoli 42 e 43 del D.P.R. n. 221/1950, comportino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale.**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_