

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Catania

Via Locatelli 13/d – 95123 - Catania Tel. 095/360484 fax 095/363370

PEC: catania@cert.ordine-opi.it

Mail : segreteria@opict.it

Sito istituzionale : www.opict.it



OPI

MODALITA' DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

1. COMPILAZIONE MODULO PREDISPOSTO (Marca da bollo da € 16.00)
2. DUE FOTOGRAFIE UGUALI, FOMATO TESSERA
3. AUTOCERTIFICAZIONE DEL TITOLO PROFESSIONALE (Laurea in Infermieristica o Infermieristica Pediatrica)
4. FOTOCOPIA CARTA DI IDENTITA' E CODICE FISCALE (in duplice copia)
5. DICHIARAZIONE INFORMATIVA RELATIVA ALLA CASSA DI PREVIDENZA
6. RICEVUTA DI VERSAMENTO DI € 168,00 A MEZZO C/C POSTALE 8904 AGENZIA DELLE ENTRATE - TASSA CONCESSIONE GOVERNATIVA - REGIONE SICILIA
7. RICEVUTA DI VERSAMENTO DI € 70,00 SUL C/C POSTALE N° 1005001019 INTESTATO A : OPI CATANIA – VIA LOCATELLI 13/D
(sono esonerati dal versamento della quota di cui al punto 7 , i neolaureati che presentano istanza di iscrizione nei mesi di novembre e dicembre di ciascun anno)
8. MODULO DI RICHIESTA PEC COMPILATO E FIRMATO
9. EFFETTUARE LA “PREISCRIZIONE ON LINE” SEGUENDO LE ISTRUZIONI ALLEGATE (solo per i neolaureati)

N.B. PER I NEOLAUREATI L'ORDINE DI COMPETENZA PER EFFETTUARE L'ISCRIZIONE E' QUELLO DELLA PROVINCIA IN CUI SI HA LA RESIDENZA

La quota annuale di iscrizione , necessaria per il mantenimento dell'iscrizione all'Ordine verrà recapitata all'indirizzo di residenza nel mese di febbraio di ogni anno .

Eventuali cambi di residenza e di lavoro devono essere notificati tempestivamente.

Non saranno accettate istanze non corredate da tutta la documentazione richiesta

Le istanze vanno presentate esclusivamente PREVIO APPUNTAMENTO concordato con la Segreteria allo 095/360484 o richiedendo appuntamento tramite mail a : segreteria@opict.it con l'indicazione di un recapito telefonico per essere ricontattati

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO



Al Presidente dell' **Ordine delle
Professioni Infermieristiche di
Catania**

Il sottoscritt _____ chiede di essere iscritt _____

All'Albo Professionale per:

- INFERMIERE
- INFERMIERE PEDIATRICO

tenuto da codesto Ordine

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 DPR 445/2000

1. Di essere nat il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____
2. Di essere residente in _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____
telefono Abitazione _____ tel. Cellulare _____
Email _____ @ _____
3. Di essere cittadino _____
4. Di godere dei diritti civili.
5. Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito presso la Scuola/Università di _____ con votazione
di _____ in data _____.
6. 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 positivo indicare
l'Autorità Giudiziaria) _____
7. 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 al
Casellario Giudiziale ai sensi della vigente normativa.
8. Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.
9. Di essere in possesso del seguente n. di codice fiscale _____
10. Di essere in possesso di partita I.V.A. n. _____
11. Di non essere stato iscritto precedentemente ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche
(in caso contrario indicare quale) _____

Si allegano i seguenti documenti:

Ricevuta comprovante il versamento di € 168,00 su c/c postale n. 8904 Agenzia delle Entrate - Tassa Concessione Governativa - Regione Sicilia;
Ricevuta comprovante il versamento di € 70,00 sul c/c postale n. 1005001019 intestato a O.P.I. Catania – Via Locatelli 13/d ;
Due fotografie formato tessera;
Fotocopia codice fiscale;
Fotocopia carta d'identità in duplice copia (in corso validità)
Autocertificazione del Diploma Professionale/Certificato di Laurea
Modulo di richiesta PEC compilato e firmato

Catania, _____

IL/LA DICHIARANTE _____

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3, comma 10 della Legge 17/97)

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere. (art. 75 DPR 445/2000)

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AL SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679
"PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI"**

Spett.le O.P.I. ,

Premesso che – come rappresentato nell’informativa riportata ai sensi del **REGOLAMENTO (UE) 2016/679** – può accadere che il trattamento di taluni dei miei dati sensibili derivi dall’adempimento di obblighi previsti dal rapporto contrattuale

do il consenso

nego il consenso

Sono consapevole che, in mancanza di consenso, non potranno essere eseguite le conseguenti operazioni.

Catania, li _____

Firma

Ai sensi degli art. **12,13,14 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 "Protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali"** ed in relazione al rapporto in essere con la **Ditta s.r.l.**, si informa che i Vostri dati personali formeranno oggetto di trattamento, e più precisamente che:

- ✓ le finalità del trattamento sono relative all’esecuzione degli obblighi derivanti dal rapporto contrattuale e ad ogni incombenza ad esso strettamente correlata nonché a obblighi derivanti da leggi, regolamenti e normativa comunitaria
- ✓ le modalità del trattamento possono prevedere l’utilizzo di mezzi cartacei e informatici atti a memorizzare e gestire i dati stessi, mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e la riservatezza
- ✓ i dati da Voi forniti potranno essere oggetto di comunicazione, nel pieno rispetto delle prescrizioni di legge, per finalità strettamente correlate all’esecuzione dei nostri obblighi contrattuali
- ✓ possono venire a conoscenza dei dati, in qualità di incaricati o responsabili, i dipendenti e i collaboratori esterni, nonché soggetti, interni ed esterni, che svolgono per conto della società compiti tecnici, di supporto (in particolare, servizi legali, servizi informatici, spedizioni) e di controllo

Vi ricordiamo che Ai sensi degli art. **12,13,14,17 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679** . In particolare Voi potrete:

- ✓ ottenere la conferma della esistenza o meno di dati personali che Vi riguardano, e che tali dati Vi vengano comunicati in forma intelligibile
- ✓ ottenere l’indicazione dell’origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata nel caso di trattamento con l’ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare e del responsabile, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza
- ✓ ottenere l’aggiornamento, la rettifica o, quando vi avete interesse, l’integrazione dei dati
- ✓ la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge
- ✓ l’attestazione che tali operazioni sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi (quando ciò non si riveli impossibile o sproporzionato rispetto al diritto tutelato)
- ✓ opporVi in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei Vostri dati personali ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, o quando siano trattati ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale
- ✓ art. **17 Diritto alla cancellazione («diritto all’oblio»)** L’interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo.

Per l’esercizio di tali diritti, potrete rivolgerVi al Responsabile del Trattamento domiciliato per le funzioni presso la sede legale della società.

DICHIARAZIONE PER LA CASSA DI PREVIDENZA (ENPAPI)

AUTOCERTIFICAZIONE
(Art.46 DPR 445/200)

Il sottoscritto _____ sesso (M o F)
Residente in via _____
Cap. _____ Comune _____
Nato a _____ il ____ / ____ / ____
Codice fiscale _____

DICHIARA

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria personale responsabilità

- Di non esercitare attività libero professionale né individualmente, né in forma associata o in società professionali, né quale socio di cooperativa sociale, né sotto forma di collaborazione coordinata e continuativa.

In alternativa:

- Di essere iscritto in altro albo professionale dotato di Cassa di Previdenza e di esercitare la facoltà di non iscrizione alla Cassa Nazionale
- Di aver compiuto l'età di 65 anni e di esercitare la facoltà di non iscrizione alla Cassa Nazionale .

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato sui requisiti per l'iscrizione obbligatoria alla Cassa Nazionale .

Catania li _____

Il dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto _____
(cognome) _____ (nome)
codice fiscale _____
nato a _____ (prov. _____) il _____
residente in _____ (prov. _____)
via _____ (CAP _____)
e domiciliato a _____ (prov. _____)
in via _____ (CAP _____)

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA:

di aver conseguito la LAUREA di primo livello in INFERMIERISTICA

in data _____

con la votazione di _____

presso _____

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Catania li _____

Il dichiarante _____

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.





RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI Posta Elettronica Certificata "SICUREZZA POSTALE"[®]
- MODULO DI RICHIESTA -

QUADRO A – Dati del Titolare (Persona fisica)									
il sottoscritto: nome				cognome					
Data di nascita		Città di nascita			Prov.				
Codice fiscale				Sesso		F	M		
residente in: città							cap		
indirizzo									
prov.				Nazione					
Email(*)				tel.					
fax				cell.					
(*) l'indirizzo e-mail indicato verrà utilizzato quale canale di comunicazione da parte del Gestore									
Estremi documento di identità in corso di validità (copia del documento da fornire su richiesta del Gestore)									
Tipo di documento									
<input type="checkbox"/> Carta di identità		<input type="checkbox"/> Patente di guida			<input type="checkbox"/> Passaporto				
numero di documento				scadenza					
rilasciato da				in data					

Richiede quanto indicato nel seguente Quadro B

QUADRO B – Fornitura richiesta e relativi prezzi	
<p>dei seguenti servizi di posta elettronica certificata SICUREZZA POSTALE[®] secondo quanto indicato nel presente Modulo di richiesta e nelle Condizioni Generali di Contratto (Mod.NAM PEC01), pubblicate nella loro versione più aggiornata e liberamente scaricabili al seguente link: http://www.sicurezza postale.it/richiesta-adesione.asp, il cui corrispettivo potrà essere sostenuto dall'Ordine di appartenenza se previsto nel separato accordo fra quest'ultimo e il Gestore. L'iscrizione al predetto Ordine è presupposto necessario per utilizzare la casella PEC fornita al Titolare.</p>	
Tipologia casella acquistata:	
<input type="checkbox"/>	<p>RECUPERO CONTENUTO: si richiede di recuperare il contenuto della suddetta Casella PEC. N.B. il recupero è consentito solo in caso di ricezione del presente Modulo di richiesta da parte del Gestore entro 180 (centottanta) giorni dalla data di chiusura della Casella PEC.</p>

DENOMINAZIONI DA ASSEGNARE ALLA CASELLA DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA:

CASELLA PEC

@PEC.OPICT.IT

QUADRO C – Decorrenza, durata e rinnovo del contratto

Decorrenza: il Contratto decorre dalla data di accettazione da parte del Titolare delle Condizioni Generali di Contratto (Mod.NAM PEC01).
Durata: la durata del Contratto è stabilita in anni 5 (cinque).
Rinnovo: alla scadenza, il Contratto sarà rinnovato secondo le modalità previste dall'Ordine di riferimento.

QUADRO D – Informazioni al Titolare sulle principali condizioni applicate alla fornitura oggetto del presente contratto

a) Il Servizio **SICUREZZA POSTALE[®]** è erogato al Titolare sulla base di quanto specificato nel presente Modulo di richiesta e nei termini e con le modalità indicate nelle relative "Condizioni generali di contratto" per il Servizio di Posta Elettronica Certificata **SICUREZZA POSTALE[®]** (Mod.NAM PEC01), nonché secondo le disposizioni contenute nel Manuale operativo, che devono intendersi qui integralmente richiamate ove non specificamente ed espressamente derogato.





- b) I suddetti documenti costituiscono parti integranti, sostanziali e inscindibili di un unico contratto ed in tal modo devono, pertanto, essere letti e interpretati.
- c) Per le definizioni dei termini utilizzati nel presente Modulo di richiesta, si fa rinvio all'art. 1 (Definizioni) delle Condizioni generali di contratto (Mod.NAM PEC01).
- d) Il Titolare prende atto ed accetta che in caso di richiesta di certificazione di dominio personalizzato con DNS non gestiti da Namirial, quest'ultima non sarà responsabile di eventuali mal funzionamenti relativi a tali DNS.
- e) Il Titolare prende atto che, in caso di parziali difformità o contrasti tra le clausole contenute nel presente Modulo di richiesta e quelle presenti nelle Condizioni generali di contratto (Mod.NAM PEC01), le prime prevarranno sulle seconde e dunque dovranno considerarsi una deroga espressa rispetto a quanto indicato nelle Condizioni generali di contratto (Mod.NAM PEC01).

QUADRO E - Trattamento dei Dati Personali

NAMIRIAL S.p.A. fornisce al Titolare, in qualità di interessato/a al trattamento dei dati personali, adeguata informativa ai sensi dell'art.13 del Reg. UE 2016/679 (Mod.NAM GDPR03), scaricabile dal sito <http://www.sicurezza postale.it/richiesta-adesione.asp>, e lo informa che il trattamento dei dati avverrà, senza suo espresso consenso, per finalità di conclusione del contratto di cui è parte l'interessato, nonché per dare esecuzione alle prestazioni contrattuali o per erogare i servizi richiesti dal Cliente o disponibili sui portali gestiti da Namirial S.p.A. o dagli intermediari dalla stessa nominati, incluso l'attivazione della fornitura attraverso l'invio della one time password a mezzo di sms e/o posta elettronica e/o di app su mobile, oltre che per finalità amministrative e contabili correlate ai contratti di servizio. Lo informa, in aggiunta a ciò, che su esplicito suo consenso, il trattamento potrà avvenire anche per finalità di natura commerciali.

- Accenso alle finalità di cui al punto C) dell'informativa per lo svolgimento delle attività di marketing da parte di Namirial attraverso comunicazioni di natura commerciale e/o promozionale sui propri prodotti tramite posta elettronica o SMS.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

QUADRO F – Autocertificazione e sottoscrizione da parte del Titolare

Il sottoscritto Titolare, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del medesimo decreto, dichiara sotto la propria personale responsabilità che tutti i dati indicati nei precedenti Quadri A, B e C del presente Modulo sono esatti e veritieri.

Luogo _____

Data _____

Firma del Titolare

QUADRO G – Clausole vessatorie

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. il Titolare, dopo averne preso chiara ed integrale visione, dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificamente ed espressamente le clausole contenute nel QUADRO D del presente Modulo di richiesta alle lett. d) ed e); nonché di conoscere, approvare ed accettare specificamente ed espressamente le clausole contenute nelle Condizioni Generali di Contratto (Mod.NAM PEC01), scaricabili dal sito <http://www.sicurezza postale.it/richiesta-adesione.asp>, di cui ai seguenti articoli: Art.4 (Durata); Art.5 (Requisiti hardware e software); Art.6 (Connessione alla rete internet); Art.7 (Corrispettivi del Servizio); Art.8 (Accesso al Servizio); Art. 10 (Modificazioni al Servizio); Art. 11 (Divieti); Art. 12 (Sospensione e cessazione del Servizio); Art.13 (Responsabilità del Gestore); Art.15 (Responsabilità del Cliente); Art.16 (Risoluzione); Art.17 (Conseguenze della cessazione del Servizio); Art.18 (Eccezioni al diritto di recesso in accordo alla Direttiva 2011/83/UE e al D. Lgs. 206/2005); Art.19 (Disposizioni generali); Art.20 (Foro competente); Art.21 (Legge applicabile); Art.22 (Norme imperative – conservazione del contratto).

Luogo _____

Data _____

Firma del Titolare

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA – OBBLIGATORIETA' ED UTILIZZO

Secondo quanto disposto dall'art. 16 D.L. 29.11.2008 (convertito con modificazioni dalla L. 28 gennaio 2009, n. 2) è stato introdotto l'obbligo da parte dei professionisti di creare un indirizzo di Posta Elettronica Certificata proprio e di comunicarlo agli Ordini o Collegi di appartenenza.

Vista la caratteristica di questo sistema di comunicazione, bisogna porre molta attenzione a questo aspetto, la notifica avviene al momento in cui viene depositata nella casella **Pec** del destinatario, indipendentemente dal fatto che lo stesso l'abbia letta o no.

La PEC attivata viene registrata presso il Ministero dello Sviluppo Economico <http://www.inipec.gov.it> dove può essere consultata da chiunque senza che viene chiesto alcun consenso al proprietario della posta certificata.

Pertanto in funzione del valore legale, si raccomanda al titolare della PEC di controllare costantemente tale indirizzo di Posta Elettronica Certificata. In capo al richiedente l'apertura della casella pec rimane altresì l'obbligo di comunicare all'Ordine eventuali variazioni in merito alla PEO associata.

Sulla mail da Lei indicata nel presente modulo di richiesta riceverà il link da Namirial per firmare il modulo di attivazione, una volta completata la sottoscrizione del contratto verrà creata la casella PEC e Le verranno inviate le credenziali di accesso.

N.B. Il servizio di posta elettronica certificata (PEC) offerta dall'Ordine degli Infermieri di Catania ha la durata di tutto il periodo di iscrizione all'Ordine, pertanto la cancellazione dall'ALBO comporterà automaticamente la chiusura della casella pec.

FIRMA PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE _____