Ordine delle Professioni Infermieristiche di CATANIA
Via Locatelli 13/d – 95123 Catania
Tel 095/360484
PEC: catania@cert.ordine-opi.it
Mail : segreteria@opict.it
Sito istituzionale : www.opict.it

MODALITA' DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

ATTENZIONE : I DOCUMENTI NON DEVONO ESSERE PINZETTATI

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 SUL CONTO CORRENTE POSTALE **8904**
   IBAN - IT85S0760103200000000008904
   intestato a **Tasse Concessioni Governative Sicilia**
   Causale: Iscrizione Albo Professionale – cognome e nome del richiedente
7. RICEVUTA DI VERSAMENTO SU CONTO CORRENTE BPER BANCA di € 120,00 num.000035233683 intestato a **Ordine delle Professioni Infermieristiche di Catania**
   codice IBAN - IT63S0538716901000035233683
   Causale: Iscrizione Albo Professionale – cognome e nome del richiedente
8. MODULO DI RICHIESTA PEC COMPILATO E FIRMATO
9. EFFETTUARE LA "PREISCRIZIONE ON LINE" AL SEGUENTE LINK
   https://albo.fnopi.it/preiscrizione/ (solo per i neo-laureati)

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 PEC personale nel mese di marzo di ogni anno.

Eventuali cambi di residenza, email o posta certificata devono essere comunicati tempestivamente.

Non saranno accettate istanze non corredate da tutta la documentazione richiesta

Le istanze vanno presentate esclusivamente PREVIO APPUNTAMENTO

per eventuali informazioni tel.095/360484 (dalle ore 9.00 alle 12.00) - email segreteria@opict.it

LE MODALITÀ DI ISCRIZIONE SONO STATE AGGIORNATE IN DATA 30/10/2026 E SONO IN VIGORE DAL 30/10/2026

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

MARCA
DA BOLLO
€ 16,00
DPR26/10/72
N. 642
DM20/08/92

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 sul conto corrente postale n. **8904** intestato a **Tasse Concessioni Governative Regione Sicilia**
  Causale: Iscrizione Albo Professionale – cognome e nome del richiedente
- Ricevuta comprovante il versamento di € 120,00 su conto corrente bancario BPER BANCA
  Intestato a intestato a **Ordine delle Professioni Infermieristiche di Catania**
  Causale: Iscrizione Albo Professionale – cognome e nome del richiedente
- Due fotografie formato tessera;
- Fotocopia codice fiscale;
- Fotocopia carta d'identità in corso validità in duplice copia;
- Autocertificazione Certificato di Laurea / Diploma Professionale;
- Informativa sulla Cassa di Previdenza;
- Modulo di richiesta PEC compilato e firmato.

Catania, _____ Il Dichiarante _____

Avvertenza: ai sensi dell'Art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 il dichiarante decade dai benefici eventualmente ottenuti grazie al provvedimento emesso sulla base di dichiarazioni non veritiere.

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI CATANIA
Via Locatelli 13/D – 95123 Catania – tel. 095 360484 – segreteria@opict.it

INFORMATIVA SINTETICA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

e dichiarazione di presa visione – artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679

Titolare e Responsabile della protezione dei dati

Titolare del trattamento è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Catania, ai recapiti sopra indicati. Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è contattabile all'indirizzo email synergy.si@hotmail.it o PEC synergysrlag@pec.it.

Finalità e base giuridica

I dati personali, compresi quelli relativi a condanne penali nei soli casi previsti dalla legge, sono trattati per la tenuta dell'Albo, la gestione del contributo annuale, la funzione disciplinare, la formazione continua (ECM), le comunicazioni istituzionali e gli adempimenti di legge. Il trattamento è necessario per l'adempimento di obblighi legali e per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico (art. 6, par. 1, lett. c ed e GDPR; D.Lgs.C.P.S. 233/1946, D.P.R. 221/1950, L. 3/2018) e non richiede il consenso. Il conferimento dei dati è obbligatorio: in mancanza non è possibile procedere all'iscrizione.

Destinatari e diritti

I dati sono trattati da personale autorizzato, con strumenti cartacei ed elettronici, e possono essere comunicati ai soli soggetti previsti dalla legge (tra cui FNOPI, altri Ordini, pubbliche amministrazioni competenti e fornitori nominati responsabili del trattamento). I dati dell'Albo sono pubblici nei limiti previsti dalla legge. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 GDPR rivolgendosi al Titolare o al DPO, e ha diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Informativa completa

La presente è una sintesi. L'informativa completa, redatta ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, con l'indicazione dei destinatari dei dati, dei tempi di conservazione e di tutti i diritti dell'interessato, è consultabile all'indirizzo

www.opict.it/privacy-iscritti

inquadrando il codice QR a fianco, ed è disponibile in formato cartaceo presso la Segreteria dell'Ordine.

QR segnaposto

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA E ESPRESSIONE DEI CONSENSI FACOLTATIVI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/_____

codice fiscale _____

dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e, per le seguenti finalità facoltative, liberamente:

- Fotografie e riprese audiovisive effettuate durante eventi e corsi dell'Ordine e loro pubblicazione sui canali istituzionali:
  ☐acconsente ☐non acconsente

I consensi facoltativi possono essere revocati in qualsiasi momento scrivendo a segreteria@opict.it, senza alcuna conseguenza sull'iscrizione all'Albo.

Catania, lì ____/____/_____ Firma _____

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

LA PRESENTE FOTOGRAFIA PRODOTTA DALL'INTERESSATO AI FINI DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO DI OPI CATANIA RIPRODUCE L'EFFIGE di:

COGNOME E NOME ……. **NATO A** …… **IL** …… **RESIDENTE A** …… **VIA** ……	FOTO

Firma

Catania _____

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 lì _____

Il dichiarante _____

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

DICHIARAZIONE PER LA CASSA DI PREVIDENZA (ENPAPI)

AUTOCERTIFICAZIONE
(Art. 46 DPR 445/2000)

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 lì _____

Il dichiarante _____

O.P.I. Catania

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								

☐ **Carta di identità** ☐ **Patente di guida** ☐ **Passaporto**

numero di documento		scadenza	
rilasciato da		in data	

Richiede quanto indicato nel seguente Quadro B

QUADRO B – Fornitura richiesta e relativi prezzi

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.sicurezzapostale.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.

Tipologia casella acquistata:

☐ **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.

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.sicurezzapostale.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.

- Acconsento 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	**Firma del Titolare**
Data _____	

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.sicurezzapostale.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	**Firma del Titolare**
Data _____	

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 _____