

Al Presidente del Collegio
Provinciale IP.AS.VI. di
LATINA

I sottoscritt _____

Nat_ a _____ il _____ residente a _____

in Via/Piazza _____ Scala ___ n. _____

CHIEDE

di essere iscritt__ per trasferimento dal Collegio IPASVI DI _____ all'Albo Professionale tenuto da codesto Collegio IPASVI in qualità di :

- INFERMIERE PROFESSIONALE
- ASSISTENTE SANITARIO
- VIGILATRICE D'INFANZIA – INFERMIERE PEDIATRICO

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 28/12/200 n. 445
(barrare solo le caselle che interessano)

- di essere cittadino /a _____
- di essere nat__ il _____ a _____ prov. _____
- di essere residente in _____ prov. _____
Via/Piazza _____ Scala _____ n° _____
Cap _____ Tel. _____ cellulare _____
@mail _____

- di essere in possesso del seguente n° di codice fiscale:

- Di godere dei diritti civili
- Di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria)

- di essere attualmente iscritto all'Albo della provincia di _____ in qualità di

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito in data _____ con votazione _____
presso _____

- di lavorare attualmente presso:

- di esercitare la libera professione dal: (barrare la casella di interesse)
 - in forma in forma singola,
 - in forma associata (specificare la denominazione.....)
 - come socio di cooperativa (specificare la denominazione)
 - di essere in possesso di partita IVA n

ALLEGA:

- 1 marca da bollo vigente;
- Tre foto tessera uguali e recenti;
- Fotocopia del numero di Codice fiscale;
- Fotocopia della Carta d'identità;
- Fotocopia del pagamento della tassa per l'anno corrente annuale al proprio collegio di appartenenza;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in caso di domicilio professionale – (da compilare direttamente allo sportello della segreteria) unitamente allo stato di servizio o presentazione del badge marcatempo alla segreteria.
- Altro _____

Latina , _____

IL/LA DICHIARANTE _____

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

AVVERTENZA: Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 DPR 445/2000)

.....

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196
e dell'art. 48 del DPR 445/2000**

Egr. Sig.r/Gent.ma Sig.ra

La informiamo che :

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DPCLS 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 DLCPS 233/46;
- il trattamento viene effettuato: a) con strumenti cartacei; b) 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 DLCPS 233/46;
- il titolare del trattamento è il Presidente dott. Valentino Coppola;
- l'incaricata al trattamento è l'impiegata amministrativa Palma Aruta.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsto dall'art. 7 del D.lgs 196/03 rivolgendosi presso la sede di questo Collegio: Viale P.L. Nervi 228 – 04100 Latina tel. 0773601367, fax. 0773624633, e-mail ipasvi.lt@tiscali.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.

Preso visione, si autorizza il trattamento dei propri dati personali

Luogo e data _____

Firma