

**AL PRESIDENTE
DEL COLLEGIO IP.AS.VI. DI LATINA
V.LE PIER LUIGI NERVI, 228 – SCALA P
04100 LATINA (LT)**

..l.. sottoscritt.. (cognome) _____
 (nome) _____ Coniugata con _____
 nato/a a _____ il _____ Nazione _____
 residente a (città – Nazione) _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 Domiciliato in Italia (Città) _____ cap _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 Recapito telefonico _____ @mail _____
 Sede di lavoro _____

CHIEDE

di essere iscritt... all'Albo Professionale degli
 < > **Infermieri Professionali** < > **Assistenti Sanitari** < > **Vigilatrici 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
(barrare e compilare solo le caselle che interessano)

- Di essere nat... a _____ Nazione _____ il _____
- Di essere residente in _____ prov. _____
 Via/P.za _____ n. _____ sc. _____ int. _____
 Cap _____ Tel. (abitazione) _____ Tel. (lavoro) _____
 Cell. _____
- Di essere cittadino/a _____
- Di godere dei diritti civili _____
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio : _____
 _____ conseguito in data _____ con votazione _____ presso

- Di essere in possesso del Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di _____ rilasciato il _____ prot. n° _____
- Di essere in possesso della attestazione di regolare soggiorno in Italia per cittadini dell'Unione Europea rilasciata il _____ da Comune di _____
- Di non aver riportato condanne penali (in caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante) _____
- Di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____
- Di essere in possesso di partita I.V.A. n. _____
- Di non essere *attualmente* iscritto ad altro Collegio IPASVI (in caso positivo indicare quale) _____
- Di non essere stato *precedentemente* iscritto a questo o ad altro Collegio IP.AS.VI. (in caso positivo indicare quale) _____

Latina, _____

Il/La Dichiarante _____
(La presente dichiarazione non necessita della autenticazione della firma)
 N.B. la firma va apposta al Collegio in presenza dell'Impiegata

Allega:

- 1 marca da bollo vigente;
- n° 3 fotografie formato tessera uguali e recenti;
- Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute;
- Fotocopia autenticata del Diploma di Infermiere con traduzione in italiano
- Fotocopia autenticata dell'attestazione di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione Europea oppure, nel caso non sia stata ancora conseguita la residenza, copia autenticata dell'attestazione di richiesta di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione Europea rilasciato 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)
- Fotocopia della Carta d'identità/passaporto
- Fotocopia del Codice fiscale
- Ricevuta versamento €107,10 sul c/c postale n.16887044 – intestato a Collegio IP.AS.VI. di Latina – Servizio Tesoreria -Causale “Prima iscrizione Albo professionale” dopo il superamento dell'esame
- Ricevuta versamento €168,00 sul c/c postale n.8003– intestato a: “Agenzia delle entrate – Centro operativo di Pescara - Ufficio Tasse Concessioni Governative Causale: “ Prima iscrizione Albo professionale dopo il superamento dell'esame;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (nel caso di domicilio professionale) .

Latina, _____

Il/La Dichiarante _____
(La presente dichiarazione non necessita della autenticazione della firma)
 N.B. la firma va apposta al Collegio in presenza dell'Impiegata

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.it@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