

MARCA DA €14,62

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

..I.. 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 (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445) in caso di falsità e mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazioni che non risultassero veritiere (Art. 75 DPR 445/2000)

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. _____ PEC _____ email _____
- Di essere cittadino/a _____
- Di godere dei diritti civili (*in caso negativo **non** barrare la casella e specificare nello spazio*)
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio abilitante all'esercizio della professione di:
- Infermiere
 - Assistente Sanitario
 - Vigilatrice d'Infanzia/ Infermiere Pediatrico
- (barrare **solo** la casella che interessa)

conseguito in data _____ con votazione _____
presso la Scuola/Università _____
(sede di _____)

- Di essere in possesso della attestazione di regolare soggiorno in Italia per cittadini dell'Unione Europea rilasciata il _____ da Comune di _____
- Di essere in possesso della richiesta di Attestazione di Iscrizione Anagrafica del Cittadino dell'Unione Europea n. _____ rilasciata dal Comune di _____ il _____ e che il procedimento di rilascio dell'Attestazione si concluderà entro _____ giorni dalla richiesta.
- Di **non** aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di patteggiamento della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. – *cosiddetto patteggiamento*) (In caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante) _____
- 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 nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente
- Di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- 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) _____
- Di non avere presentato domanda di iscrizione all'Albo ad altro Collegio d'Italia;
- Di non avere in corso altre procedure e prove d'esame non superate (o colloqui) presso altro Collegio d'Italia (in caso positivo indicare quale e anno) _____

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;
- Dichiarazione sostitutiva del Titolo abilitante alla professione sanitaria;
- 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 – Tasse e Concessioni Governative- Causale: " Prima iscrizione Albo professionale dopo il superamento dell'esame;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (nel caso di domicilio professionale);
- Altro _____.

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

**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 Maurizio VARGIU;
- 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

Dichiarazione sostitutiva della
CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO

(Art.46-lettera I,m,n-D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La Sottoscritto/a
nato/ail
residente ain
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. 76 D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

con riferimento alla domanda di iscrizione all'albo presentata al Collegio I.P.A.S.V.I. di Latina in data _____:

di avere il Titolo di studio:

• Laurea/Diploma in _____
conseguita/o in data ____/____/____ presso Università/Scuola _____

con il seguente punteggio_____.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

LA PEC NON VA ASSOLUTAMENTE CONFUSA CON I "TRADIZIONALI" INDIRIZZI DI POSTA ELETTRONICA.

Ti informo che, in adempimento al disposto dall'art. 16, comma 7, Legge 28.01.2009 n. 2, (GU del 28/1/2009 supplemento ordinario n. 14/L), l'obbligatorietà di tutti i professionisti iscritti ad un Albo Professionale di acquisire un indirizzo PEC e di comunicarlo, al proprio Collegio di appartenenza. La PEC (Posta Elettronica Certificata) è un sistema che consente di inviare e-mail con **valore legale equiparato ad una raccomandata in plico con ricevuta di ritorno** garantendo, quindi, l'opponibilità a terzi dell'avvenuta consegna.

I Professionisti non possono utilizzare la casella di PEC gratuita per i cittadini (cosiddetta CEC-PAC) per l'esercizio della loro attività. La CEC-PAC (Comunicazione Elettronica Certificata tra la Pubblica Amministrazione e il Cittadino) è una modalità di posta elettronica, gratuita per il cittadino, che però permette di comunicare esclusivamente con la Pubblica Amministrazione e rilasciata da vari Enti quali l'ACI, INPS, GOVERNO e non può essere utilizzata per comunicazioni tra aziende o tra cittadini. Quindi coloro i quali fossero in possesso di una CEC-PAC dovranno dotarsi invece di una **Posta Elettronica Certificata** e comunicarla al proprio Collegio.

Una volta acquisito l'indirizzo PEC, è obbligatorio comunicarlo al Collegio Ipasvi di Latina personalmente presso la segreteria del Collegio Ipasvi di Latina o a mezzo fax allo 0773624633 tramite il modello di autocertificazione sottostante(allegando copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità).

E' possibile consultare l'elenco dei fornitori PEC accreditati presso il CNIPA (Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione) sul sito:http://www.digitpa.gov.it/pec_elenco_gestori.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione PEC

(Ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n. 445)

Al Presidente del Collegio Ipasvi di Latina
Viale P.L. Nervi 228 sc.P.
04100 LATINA LT

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
il giorno _____

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)

Di essere in possesso del seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata:

_____ @ _____ (art. 16 L. 28/01/09 n. 2)

Recapito telefonico per eventuali contatti _____.

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

Ai sensi e per gli effetti del disposto dal D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003 la sottoscrizione del presente modello autorizza al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità ivi indicate ed in conformità alle norme legislative e regolamenti vigenti e applicabili. Dichiara altresì di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti all'art. 7 del succitato Decreto, tra i quali quello di ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo/la riguardano, l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati presenti nonché la cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi presso la segreteria del Collegio Ipasvi di Latina, in persona del suo Presidente e legale rappresentante pro-tempore (Vargiu Maurizio) in qualità di Titolare del trattamento dati personali ai sensi e per effetti della vigente normativa in materia.

Data e luogo

Firma

Il modulo, debitamente firmato, dovrà essere inviato unitamente a copia del documento di riconoscimento valido via fax al numero 0773624633 o consegnato personalmente presso la segreteria del Collegio.