

AL COLLEGIO IPASVI DI FIRENZE

...I ... sottoscritt .. (cognome) _____

(nome) _____

Nato/a _____ il _____

residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____

Domicilio _____ cap _____

Via/Piazza _____ n. _____

Sede di lavoro _____

CHIEDE

di essere iscritt ... all'albo professionale degli _____

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 solo le caselle che interessano)

di essere nato/a a: _____ prov () il _____

di avere il proprio domicilio professionale _____ prov ()

Via/Piazza _____ n. _____

Cap _____ Tel. (abitazione) _____ Tel. (lavoro) _____

Cellulare _____ e-mail _____

di essere cittadino/a _____

di godere dei diritti civili _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____

conseguito in data _____ con votazione _____ presso ASL/Università

di essere in possesso del Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute per

esercitare in Italia la professione di Infermiere/a rilasciato il _____ prot. _____

di non aver riportato condanne penali ivi comprese le condanne per le quali sono stati concessi benefici (in caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante)

di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale: _____

di essere in possesso della partita I.V.A. n. _____

di non essere attualmente iscritto ad altro Collegio IPASVI (in caso positivo indicare quale _____)

di essere stato precedentemente iscritto ad altro Collegio IPASVI (in caso positivo indicare quale _____)

Allega:

1) Marca da bollo da € 14,62

2) due foto formato tessera uguali e recenti

3) Ricevuta comprovante il pagamento di € 168,00 (tassa di concessione governativa) effettuato **sul c/c postale n. 8003 intestato "Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara"**;

4) Ricevuta comprovante il pagamento di € 83,96 effettuato **sul c/c postale N. 17570508 intestato al Collegio IPASVI di Firenze** (tassa di iscrizione);

5) Atto notorio

6) Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute (se possibile allegare copia del diploma in lingua originale e relativa traduzione in italiano)

Firenze _____

IL DICHIARANTE _____

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

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

Informativa legge 675/96 art. 10 ai sensi dell'art. 48 del DPR 445/2000

Egr. Sig.re/Gent.ma Sig.ra

La informiamo che:

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DLCP 233/46 e 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 DLCP 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 DLCP 233/46;
- il titolare del trattamento è Gianfranco Cecinati. Le responsabili del trattamento sono: Silvia Miniati, Elisabetta Trallori, Tania Stella.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 13 della legge 675/96 rivolgendosi presso la sede di questo Collegio Via Pier Luigi da Palestrina, 11 Firenze, Tel. 055/359866 Fax: 055/355648 e-mail: segreteria@ipasvifi.it sito www.ipasvifi.it. La cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dall'albo professionale motivata solo da fatto di non esercitare più la professione infermieristica. Per richiedere la cancellazione dovrà essere compilato apposito modulo disponibile presso la segreteria del Collegio IPASVI o scaricabile dal sito internet entro e non oltre l'anno antecedente alla richiesta di cancellazione. Si informa che sul modulo dovrà essere applicata marca da bollo da €14,62.