

AL Presidente
 Collegio IPASVI della provincia di Firenze
 Via Pierluigi da Palestrina, 11

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____

(nome) _____ coniugato/a _____

Nato/a _____ il _____ Nazione _____

residente a (città – nazione) _____

Via/Piazza _____ n. _____

domiciliato in Italia (città) _____ 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 _____ Nazione _____ il _____

di essere residente in _____ 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 _____ rilasciato il _____ prot. _____

di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato/a il _____ dalla questura di _____

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

Allega:

1) 1 marca da bollo da € 14,62

1) due foto formato tessera uguali e recenti di cui una verrà legalizzata ai sensi dell'art. 34 DPR 445/2000 da parte del Collegio e una verrà apposta sul tesserino

2) Decreto di riconoscimento da parte del Ministero della Salute di titolo di studio estero quale abilitante per l'esercizio in Italia della professione di Infermiere in originale o copia autentica ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000 effettuata da parte del Collegio esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);

3) Copia del permesso di soggiorno valido con l'apposizione in calce dell'attestazione della conformità all'originale ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000 esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000).

Nel caso non sia in possesso del permesso di soggiorno è necessario presentare:

a) ricevuta attestante l'avvenuta presentazione della richiesta di permesso di soggiorno rilasciata dall'ufficio postale

b) copia del passaporto con il visto di ingresso

c) copia del contratto di soggiorno

d) copia del modello di richiesta di permesso di soggiorno rilasciato dallo Sportello Unico per L'Immigrazione

4) Copia della carta di identità/passaporto con l'apposizione in calce dell'attestazione della conformità all'originale ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000 esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);

5) Copia del diploma in lingua originale e tradotto in italiano accompagnato dall'originale del diploma

6) Consegnare la ricevuta comprovante il pagamento di € 168,00 (tassa di concessione governativa) effettuato **sul c/c postale n. 8003** intestato a: "Agenzia delle entrate – Centro Operativo di Pescara" **dopo il superamento dell'esame;**

7) Consegnare la ricevuta di versamento comprovante il pagamento di € 83,96 effettuato **sul c/c postale N. 17570508 intestato al Collegio IPASVI di Firenze** causale: "tassa iscrizione albo" **dopo il superamento dell'esame;**

Data _____

IL DICHIARANTE _____

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

N.B.: la firma va apposta al Collegio in presenza dell'impiegato/a

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

Informativa ai sensi dell'art. 13 decreto legislativo 196/2006 e 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 DLCPS 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 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 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 Pierluigi 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.*