

prot. n. III.01. _____/_____/_____

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Gorizia

Viale XXIV Maggio, 1- 34170 Gorizia

PEC gorizia@cert.ordine-opi.it

MARCA DA BOLLO
€16.00

DPR 642/72 D.M.
24/5/2012

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

La/Il sottoscritta/o _____

CHIEDE

di essere iscritta/o all'Albo Professionale dell'OPI di Gorizia come:

INFERMIERE

INFERMIERE PEDIATRICO

A tal fine, informato e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 T.U. – DPR 28/12/2000 n.445 in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità¹

DICHIARA

ai sensi degli art. 46 e 47 del T.U. – DPR 28/12/2000 n. 445

di essere nata/o il ____/____/____ a _____ prov. _____ Nazione _____

codice fiscale

tel./cell. _____

indirizzo e-mail _____ PEC²² _____

di essere residente in _____ prov. _____ CAP _____ Nazione _____

Via/Piazza _____ n. _____

(compilare solo se non coincide con la residenza)

di essere domiciliato in _____ prov. _____ Cap _____ Nazione _____

Via/Piazza _____ n. _____

di avere il proprio domicilio **professionale** in (Città) _____ Prov. _____

Via o Ente _____ tel. _____ e-mail _____

¹ "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

² La legge n.2/2009 obbliga i professionisti di dotarsi di un indirizzo PEC e comunicarlo ai rispettivi Ordini. Qualora non si è in possesso della PEC personale, compilare il modulo per l'attivazione gratuita da parte dell'OPI di Gorizia.

matricola n. _____ data _____ delibera n. _____
progressivo n. _____

- di essere titolare di partita I.V.A. n. _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di godere dei diritti civili;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla segreteria dell'Ordine ogni cambiamento dei dati sopra riportati;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito il (gg/mm/aa) ____/____/____ presso Scuola Regionale Università di _____
- di non aver subito condanne penali e/o comunque di non trovarsi in una delle condizioni che, ai sensi degli articoli 42³ e 43⁴ del D.P.R. N. 221/1950, importino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale;
- di non essere iscritto ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI)
(ovvero di essere iscritto all'OPI di _____);
- di non essere stato iscritto precedentemente ad altro OPI, già IPASVI (ovvero di essere stato iscritto al/ai OPI di _____) e di essere stato cancellato per _____;

matricola n. _____ data _____ delibera n. _____
progressivo n. _____

³ **art. 42.** La condanna per uno dei reati previsti dal Codice penale negli artt. 446 (commercio clandestino o fraudolento di sostanze stupefacenti) (22), 548 (istigazione all'aborto), 550 (atti abortivi su donna ritenuta incinta) e per ogni altro delitto non colposo, per il quale la legge commina la pena della reclusione non inferiore nel minimo a due anni o nel massimo a cinque anni, importa di diritto la radiazione dall'Albo.

Importano parimenti la radiazione di diritto dall'Albo:

a) l'interdizione dai pubblici uffici, perpetua o di durata superiore a tre anni, e la interdizione dalla professione per una uguale durata;

b) il ricovero in un manicomio giudiziario nei casi indicati nell'art. 222, secondo comma, del Codice penale;

c) l'applicazione della misura di sicurezza preventiva prevista dall'art. 215 del Codice penale, comma secondo, n. 1 (assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro).

La radiazione nei casi preveduti dal presente articolo, è dichiarata dal Consiglio.

⁴ **art. 43.** Oltre i casi di sospensione dall'esercizio della professione preveduti dalla legge, importano di diritto tale sospensione:

a) la emissione di un mandato o di un ordine di cattura;

b) l'applicazione provvisoria di una pena accessoria o di una misura di sicurezza ordinata dal giudice, a norma degli artt. 140 e 206 del Codice penale;

c) la interdizione dai pubblici uffici per una durata non superiore a tre anni;

d) l'applicazione di una delle misure di sicurezza detentive prevista dall'art. 215 del Codice penale, comma secondo, nn. 2 e 3 (ricovero in una casa di cura e di custodia o ricovero in manicomio giudiziario);

e) l'applicazione di una delle misure di sicurezza non detentive prevista nel citato art. 215 del Codice penale, comma terzo, nn. 1, 2, 3 e 4 (libertà vigilata - divieto di soggiorno in uno o più comuni o in una o più province - divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche - espulsione dello straniero dallo Stato).

La sospensione è dichiarata dal Consiglio. Il Consiglio può pronunciare, sentito il professionista, la sospensione del sanitario ammonito dalla autorità di pubblica sicurezza o contro il quale sia stato emesso mandato od ordine di comparizione o di accompagnamento senza pregiudizio delle successive sanzioni.

Nei casi preveduti nei precedenti commi la sospensione dura fino a quando abbia effetto la sentenza o il provvedimento da cui essa è stata determinata.

SOLO PER CITTADINO COMUNITARIO CON TITOLO NON CONSEGUITO IN ITALIA

- di essere in possesso del decreto di riconoscimento del titolo e autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di Infermiera/e rilasciato il _____ prot. n. _____
(allegare fotocopia del certificato di equipollenza e il titolo di studio)
- di essere in possesso dell'attestazione di iscrizione anagrafica di cittadino dell'UE rilasciato dal comune di residenza (allegare fotocopia del certificato) (allegare fotocopia del certificato)
- di aver superato l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana (parlata e scritta) e delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia il ____/____/____ presso _____
(allegare fotocopia della certificazione del superamento dell'esame se sostenuto presso altro Ordine)

data _____/_____/_____

matricola n. _____

progressivo n. _____/_____/_____ delibera n. _____/_____/_____

SOLO PER CITTADINO ITALIANO CON TITOLO NON CONSEGUITO IN ITALIA

- di essere in possesso del decreto di riconoscimento del titolo e autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di Infermiera/e rilasciato il _____ prot. n. _____
(allegare fotocopia del certificato di equipollenza e il titolo di studio)

SOLO PER CITTADINO EXTRACOMUNITARIO CON TITOLO NON CONSEGUITO IN ITALIA

- di essere in possesso del decreto di riconoscimento del titolo e autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di Infermiera/e rilasciato il _____ prot. n. _____
(allegare fotocopia del certificato di equipollenza e il titolo di studio)
- di aver provveduto alla richiesta del permesso di soggiorno alla Questura di _____ in data ____/____/____ (allegare fotocopia della richiesta di soggiorno)
- di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato alla Questura di _____ in data ____/____/____ (allegare fotocopia della richiesta di soggiorno)
- di aver superato l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana (parlata e scritta) e delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia - il ____/____/____ presso _____
(allegare fotocopia della certificazione del superamento dell'esame se sostenuto presso altro Ordine)

SOLO PER CITTADINO EXTRACOMUNITARIO CON TITOLO CONSEGUITO IN ITALIA

- di aver provveduto alla richiesta del permesso di soggiorno alla Questura di _____ in data ____/_____/_____ (allegare fotocopia della richiesta di soggiorno)
- di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ in data ____/_____/_____ e con scadenza il ____/_____/_____ (allegare fotocopia della richiesta di soggiorno)

Luogo e data, _____

FIRMA

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 30 e 38 del DPR 28/12/00 n. 445

matricola n. _____ data ____/_____/_____
progressivo n. _____ delibera n. ____/_____/_____

Alla presente allega i seguenti documenti: (barrare la voce che interessa)

- n° 1 marca da bollo da € 16,00 (sedici/00);
- n° 2 fotografie formato tessera uguali e recenti;
- Copia di un documento di riconoscimento (*carta d'identità, passaporto o patente*);
- Fotocopia del certificato equipollenza del titolo di studio;
- Fotocopia del permesso di soggiorno/permesso del permesso di soggiorno;
- Fotocopia attestazione di iscrizione anagrafica di Cittadino dell'UE rilasciata dal Comune di residenza (nel caso in cui non sia ancora stata ancora conseguita la residenza attestazione di richiesta anagrafica di Cittadino dell'UE)
- Fotocopia certificazione del superamento dell'esame in lingua italiana se sostenuto presso altro Ordine
 - Ricevuta del versamento di € 168,00 effettuato sul c/c postale n. **8003** intestato a: "**Agenzia delle Entrate - Centro operativo di Pescara - tasse di Concessioni Governative**" – causale: **Iscrizione Ordine delle Professioni Infermieristiche (cod. 8617)**;
 - Ricevuta del versamento di € 115,00 sul c/c postale n° **10642494** intestato a: "**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Gorizia**" – Causale del versamento: **Tassa di iscrizione**;
 - Modulo **Informativa sul trattamento dei dati personali**;
 - Modulo d'ordine **PEC**, offerta gratuitamente dall'OPI di Gorizia, debitamente compilato e sottoscritto, qualora non in possesso della PEC al momento dell'iscrizione (pena non iscrivibilità).

matricola n. _____ data _____
progressivo n. _____ delibera n. _____

RICEVUTA DELLA TESSERA DI ISCRIZIONE ALL'OPI DI GORIZIA

Il sottoscritto _____, dichiara di aver ricevuto il tesserino di iscrizione all'OPI di Gorizia in data ____/____/____.

Si ricorda che il tesserino di iscrizione all'Ordine è un valido documento di riconoscimento ma non valido come carta di identità, ai sensi dell'art. 1, lett. c) del D.P.R. n. 445/2000.

In caso di furto o smarrimento presentare formale denuncia alle autorità competenti.

Gorizia, _____

FIRMA
