

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BELLUNO

COD. FISC. N. 80008700256 - 32100 BELLUNO –Piazzale Resistenza, 3



ISCRIZIONE ALL'ALBO CITTADINO NON UE CON TITOLO CONSEGUITO IN ITALIA

Presentare il **Mod. 27**, domanda indirizzata al Presidente dell'Ordine della Provincia in cui il richiedente abbia la propria residenza, all'istanza ai sensi del D.P.R 26/10/1972 n. 642 dovrà essere applicata una marca da bollo da € 16,00, la stessa dovrà essere corredata dai seguenti allegati:

- 1) Fotocopia Documento d'identità in corso di validità
- 2) Fotocopia Codice Fiscale
- 3) Fotocopia del Permesso di Soggiorno valido
- 4) 2 fototessera uguali e recenti (firmate sul retro)
- 5) Consenso per il trattamento dei dati sensibili – Mod. 04
- 6) Copia della certificazione di vaccinazione, in corso di validità, ovvero copia di idonea certificazione medica, che giustifichi la possibilità di omissione o differimento della vaccinazione anti SARS CoV-2 *

Nota Bene

La domanda d'iscrizione potrà essere sottoposta alla valutazione del Consiglio Direttivo solo a seguito della comunicazione di parere favorevole rilasciata dal Ministero della Salute.

Ai sensi dell'art. 8 del DPR 221/1950 il Consiglio Direttivo delibera la sussistenza dei requisiti all'iscrizione nel termine di tre mesi.

Successivamente alla delibera di sussistenza requisiti, con apposita comunicazione inoltrata all'indirizzo mail dichiarato nella presente domanda verranno comunicate le modalità di pagamento della Tassa di Concessione Governativa e Tassa di Prima Iscrizione indispensabili per rendere esecutiva l'iscrizione all'Albo.

Le richieste di Iscrizione non conformi o incomplete saranno respinte.

Si precisa che l'iscrizione abilitante all'esercizio dell'attività professionale sarà esecutiva solo a seguito della delibera di sussistenza requisiti e alla conseguente presentazione, da parte dell'interessato, presso gli uffici dell'Ente, delle attestazioni di avvenuto pagamento della Tassa di Concessione Governativa e Tassa di Prima Iscrizione.

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO:

Martedì e Giovedì 09.30/12.30 – 14.00/17.00

Venerdì 09.30/12.30

Mail: segreteria@opibelluno.it

Pec: belluno@cert.ordine-opi.it

Tel. 0437.30466

NON STAMPARE IN FRONTE/RETRO

Marca da bollo
Euro 16,00
(DPR 642 del 26.10.1972)

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Belluno
P. le Resistenza 3
32100 BELLUNO

Il/La sottoscritto/a
Nato/a a il
Nazione
residente a
in via nr. CAP
domiciliato a
in via nr. CAP
Recapito Telefonico
Mail@.....

CHIEDE

Di essere iscritto/a all'Albo professionale degli:

- ☐ Infermieri
- ☐ Infermieri Pediatrici

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 del DPR 28/12/2000 n.445
(barrare solo le caselle che interessano)

- ☐ di essere nato/a a
prov. di il
Nazione
- ☐ di essere residente/domiciliato a
in via nr. CAP
- ☐ di essere cittadino/a
- ☐ di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno/carta di soggiorno rilasciato da:
..... il
- ☐ di godere dei diritti civili
- ☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio:
conseguito in data con votazione
presso

- ☐ di non aver riportato condanne penali. In caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria e gli estremi dell'atto:
- ☐ di essere in possesso del seguente Codice Fiscale:
- ☐ di essere in possesso della partita IVA n:
- ☐ di non essere attualmente iscritto ad altro OPI
- ☐ di non essere stato precedentemente iscritto ad altro OPI. In caso positivo non barrare la casella, ma indicare quale e i motivi della cancellazione:

ALLEGA

- 1) Fotocopia Documento d'identità in corso di validità
- 2) Fotocopia Codice Fiscale
- 3) Fotocopia del Permesso di Soggiorno valido
- 4) 2 fototessere uguali e recenti (firmate sul retro)
- 5) Consenso per il trattamento dei dati sensibili – Mod. 04
- 6) Copia della certificazione di vaccinazione, in corso di validità, ovvero copia di idonea certificazione medica, che giustifichi la possibilità di omissione o differimento della vaccinazione anti SARS CoV-2 *

DICHIARA

Di essere a conoscenza del fatto che la presente istanza è presentata utilizzando le facilitazioni previste dalla normativa in materia di autocertificazioni e che, conseguentemente ai controlli eseguiti in base all'art. 71 D.P.R 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R 445/2000).

Consapevole che l'iscrizione all'Albo Professionale sarà esecutiva solo a seguito della delibera di sussistenza requisiti e alla conseguente presentazione presso gli uffici dell'Ente, delle attestazioni di avvenuto pagamento della Tassa di Concessione Governativa e Tassa di Prima Iscrizione

RICHIEDE

L'inoltro della comunicazione di sussistenza dei requisiti all'indirizzo mail seguente:
.....

DATA FIRMA

Nota:

La vaccinazione anti SARS CoV-2 è requisito essenziale per l'esercizio professionale (art. 4, comma 1, DL 44/2021, ora L. 76/2021), pertanto, all'atto di iscrizione deve essere prodotta copia della certificazione di vaccinazione, in corso di validità, ovvero copia di idonea certificazione medica, che giustifichi la possibilità di omissione o differimento della vaccinazione. *

