



Inserire qui la marca da bollo 16,00 euro

**Al Presidente  
dell'Ordine delle Professioni  
Infermieristiche  
AVELLINO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale n° \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel/cell. \_\_\_\_\_

In possesso del:

diploma in \_\_\_\_\_

laurea in \_\_\_\_\_

conseguita, in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

chiede di essere iscritt\_\_ a codesto Ordine come  Infermiere  Infermiere Pediatrico.

e-mail \_\_\_\_\_

Posta Elettronica Certificata (PEC)(\*\*) \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua responsabilità (art.76 DPR 28/12/2000 n.445)

**DICHIARA ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n. 445**

di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ di chiamarsi \_\_\_\_\_

- di essere cittadin\_\_ italian\_\_;

- di essere residente a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

- (\*) di essere domiciliat\_\_ a \_\_\_\_\_

(\*) indirizzo \_\_\_\_\_

- di non avere mai riportato condanne penali, di non avere procedimenti penali e di essere di buona condotta;

- di godere dei diritti politici;

- di esercitare la professione infermieristica nella città di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Per quanto concerne il Certificato del Casellario Giudiziale rinvia al precitato art. 10 legge 15/68.

Si allegano i seguenti documenti:

ricevuta comprovante il pagamento della tassa iscrizione Albo professionale di Euro 90,00 con PagoPA;

ricevuta comprovante il pagamento della tassa erariale di Euro 168,00 sul c.c.p. 8003;

n° 2 fotografie formato tessera;

fotocopia del codice fiscale in carta semplice;

fotocopia documento di riconoscimento;

autocertificazione del diploma/laurea in Infermiere/Infermiere Pediatrico;

autocertificazione del titolo di studio Infermiere/Infermiere Pediatrico.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)

(\*) specificare solo se il domicilio è diverso dalla residenza.

(\*\*) La PEC OBBLIGATORIA può essere gratuitamente attivata dall'Ordine compilando il modulo in basso

ORDINE PROVINCIALE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI AVELLINO  
INFERMIERI – INFERMIERI PEDIATRICI  
Via Terminio, 35 - 83100 Avellino (AV) - Tel. 0825.30365 Fax 0825-1800599

Per iscriversi agli Albi dell'OPI a corredo della domanda di iscrizione redatta su carta legale da Euro 16,00 occorre quanto segue:

- 1) Domanda d'iscrizione in carta bollata da euro 16,00;
- 2) Autocertificazione del diploma/laurea (infermiere, infermiere pediatrico);
- 3) Ricevuta comprovante il pagamento della tassa erariale di euro 168,00 c.c.p. n. 8003 intestato all'Ufficio Tasse e Concessioni Governative - ROMA o PESCARA da richiedere agli Uffici Postali. Codice tariffa 8617;
- 4) Ricevuta di versamento di € 90,00 per l'iscrizione all'Albo (tassa prima iscrizione). **Al momento della presentazione della domanda di iscrizione si riceverà sull'indirizzo email fornito, l'avviso di pagamento pagoPA della quota di iscrizione.**
- 5) Due fotografie identiche formato tessera;
- 6) Fotocopia del codice fiscale;
- 7) Fotocopia del documento di riconoscimento.
- 8) PEC (posta elettronica certificata) è **obbligatorio indicarla sul modulo d'iscrizione o richiederla compilando il modulo sul sito, pena la sospensione della domanda**
- 9) (\*) Decreto rilasciato dal Ministero della Salute che autorizza alla professione di Infermiere/a in Italia o copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000 (PER GLI EXTRACOMUNITARI);
- 10) (\*\*) Autorizzazione all'esercizio della professione rilasciato dal Ministero della Salute (PER I CITTADINI COMUNITARI);
- 11) Informativa ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003

Le successive quote d'iscrizione annue verranno pagate tramite PagoPA che perverrà al domicilio dell'iscritto e/o tramite PEC.

Il certificato Giudiziale Generale verrà richiesto da questo Ufficio direttamente alla Autorità.

**N.B. La deliberazione dell'iscrizione avverrà entro e non oltre i tempi previsti dalla lg.241/1990.**

**NON SI ACCETTANO DOCUMENTAZIONI INCOMPLETE** Informativa legge 675/96 art.10 ai sensi dell'art.48 del DPR 445/3000

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 dell'ordine di cui all'art.3 del DLCPS 233/46;
- il trattamento viene effettuato: con strumenti cartacei e 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;

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 Ordine. 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.

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

L'Ordine informa che, in adempimento all'art. 16, comma 7, Legge 28.01.2009 n. 2, (GU del 28/1/2009 supplemento ordinario n. 14/L), **sussiste l'obbligatorietà di tutti i professionisti iscritti ad un Albo Professionale** di acquisire un indirizzo PEC e di comunicarlo, al proprio Ordine di appartenenza.

Nel caso in cui si volesse attivare la PEC GRATUITAMENTE, l'OPI di Avellino la offre ai propri iscritti con dominio "PEC.OPIAvellino.it" e potrà essere richiesta dopo l'avvenuta iscrizione.

Qualora, NON si volesse ricevere GRATUITAMENTE la PEC offerta dall'OPI di Avellino, la si dovrà acquisire autonomamente mediante uno dei gestori PEC accreditati presso l'Agenzia per l'Italia Digitale sul sito: <http://www.agid.gov.it/infrastrutture-sicurezza/pec-elenco-gestori> e comunicarla quanto prima.

Nota: Si ricorda che la casella PEC, se attivata gratuitamente con l'OPI di Avellino e con dominio @pec.opiavellino.it, **sarà disabilitata dopo 90 giorni** dalla data di delibera della cancellazione o del trasferimento.

(\*) Solo per cittadini stranieri non comunitari.

(\*\*) Solo per cittadini dell'Unione Europea

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 196/2003

Gentile Iscritto/a,  
ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 (di seguito T.U.), ed in relazione ai dati personali di cui l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Avellino entrerà in possesso, La informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento dei dati.  
Il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta e completa esecuzione dei compiti d'Ufficio attribuiti dalla legge all'O.P.I.
2. Modalità del trattamento dei dati.
  - a) Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate all'art. 4 comma 1 lett. a) T.U.: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.
  - b) Le operazioni possono essere svolte con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati.
  - c) Il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.
3. Conferimento dei dati.  
Il conferimento di dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1.
4. Rifiuto di conferimento dei dati. L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali nel caso di cui al punto 3 comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1.
5. Comunicazione dei dati.  
I dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 a collaboratori esterni, soggetti operanti nel settore sanitario, alla Federazione Nazionale ed agli altri Ordini e, in genere, a tutti quei soggetti cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità indicate nel punto 1.
6. Diffusione dei dati.  
I dati personali non sono soggetti a diffusione.
7. Trasferimento dei dati all'estero.  
I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea nell'ambito delle finalità di cui al punto 1.
8. Diritti dell'interessato.  
L'art. 7 T.U. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.
9. Titolare del trattamento. Titolare e responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Avellino.

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati sensibili, ai sensi e per gli effetti tutti del D.lgs. 196/2003 e sue modificazioni ed integrazioni necessario per la procedura di iscrizione.

Per ricevuta comunicazione

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)

**Dichiarazione sostitutiva della**  
**CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI LAUREA**  
**(Art.46 - lettera l, m, n - D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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 46 D.P.R. n° 445/2000

**DICHIARA**  
**DI AVERE IL TITOLO DI STUDIO:**

Laurea/diploma in \_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

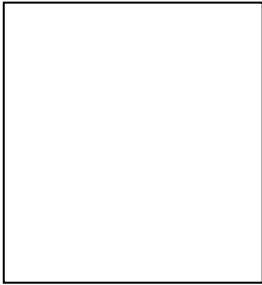
Con il seguente punteggio \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)



\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

dichiara che la sopraesposta fotografia corrisponde alla propria immagine ed è stata personalmente consegnata alla Segreteria dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Avellino, ai fini della iscrizione all'Albo Professionale:

data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)

**Nota: Non scrivere nella zona sottostante in quanto riservata all'ufficio**

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI AVELLINO

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

a seguito di presenza ed esibizione personale della sopra riportata fotografia, attesta che l'immagine della stessa, per constatazione diretta, risulta essere quella

di \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

come comprovato, altresì dal documento esibito (C.I. - P.G.) n° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

L'Ordine

data \_\_\_\_\_



**MODULO DI ADESIONE AL SERVIZIO DI POSTA  
ELETTRONICA CERTIFICATA**

**Nome Dominio PEC: PEC.OPIAVELLINO.IT**

**SE COMPILATO MANUALMENTE ASSICURARSI CHE SIA LEGGIBILE**

l sottoscritt \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
nazionalità \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ Cellulare (\*) \_\_\_\_\_  
e-mail (\*) \_\_\_\_\_  
di essere iscritt\_\_ all'albo professionale degli \_\_\_\_\_  
presso l'O.P.I. della Provincia di Avellino dal: \_\_\_\_\_ al numero di posizione: \_\_\_\_\_

(\*) campi obbligatori

Con il presente modulo di adesione, compilato e sottoscritto in ogni sua parte, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000),

**DICHIARA**

- ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri;
- **di essere in regola con i pagamenti delle quote annuali;**
- di essere consapevole che il servizio PEC consiste nell'assegnazione in uso di una casella PEC creata sul nome a dominio PEC sopra indicato, che detto servizio, gestito ed erogato dall'O.P.I. di Potenza è da questa fornito e commercializzato congiuntamente ad Aruba S.p.A. società che, in forza di contratto per la fornitura del servizio HOSTING ARUBA.IT, ha registrato e/o mantiene il nome a dominio di III° livello cui è associato il Dominio PEC dedicato alle caselle PEC;
- di essere interessato all'assegnazione in uso della casella di Posta Elettronica Certificata (PEC), composta da: **nome.cognome[suffisso numerico]@pec.opiavellino.it** [il suffisso numerico verrà utilizzato in caso di omonimia]
- di essere consapevole che la casella PEC, offerta gratuitamente in quanto iscritto all'O.P.I. di Avellino, **sarà cancellata 90 giorni dopo la cancellazione;**
- di aver preso chiara ed esatta visione e di accettare espressamente, mediante la sottoscrizione del presente documento, i termini e le condizioni indicate nelle Condizioni Generali di contratto "Posta Elettronica Certificata" e nel Manuale Operativo per la fornitura di servizi Aruba PEC, disponibili alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>, sotto il nome di "posta elettronica certificata" che si devono intendere qui integralmente riportati e trascritti.

Data \_\_\_\_\_ l richiedente \_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 c.c., il Sottoscritto dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le clausole seguenti: 4) Requisiti; 5) Corrispettivi, modalità di pagamento e fatturazione del Servizio PEC; 6) Attivazione, erogazione del Servizio PEC e Servizi Aggiuntivi; 7) Durata e rinnovo; 9) Obblighi, divieti e responsabilità del Cliente; 10) Limitazioni di responsabilità dei Fornitori; 14) Modifiche dei servizi e variazioni alle condizioni dell'offerta; 15) Clausola risolutiva espressa; 16) Recesso; 20) Foro competente.

Data \_\_\_\_\_ l richiedente \_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

**Manifestazione di consenso al Trattamento dei Dati Personali**

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa ai sensi dell'Art. 13 D.lgs. 196/2003, contenuta nelle Condizioni generali di Contratto "Posta Elettronica Certificata" e presto il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate. Dichiaro, altresì, di essere consapevole che in mancanza di rilascio del consenso a tale trattamento potranno trovare applicazione le disposizioni indicate nella predetta Informativa.

Data \_\_\_\_\_ l richiedente \_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

Inviare il presente Modulo di adesione unitamente a copia di un documento di riconoscimento valido in uno dei seguenti modi:

- via e-mail al seguente indirizzo: [segreteria@opiavellino.it](mailto:segreteria@opiavellino.it)