



Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia

Codice IO.02.14A - Rev.1 del 19/10/2018

pag. 1 di 6

ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
INTERPROVINCIALE FIRENZE PISTOIA

Via P. da Palestrina, 11
50144 Firenze

Marca da bollo
€. 16,00

__l_ sottoscritt _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____

Via/Piazza _____ Tel./Cell: _____

e-mail _____ PEC _____

A tal fine consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n° 445)

CHIEDE

di essere iscritto all'Albo degli _____ tenuto da codesto Ordine e in merito:

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445

(barrare solo le caselle che interessano)

di essere nato/a _____ Prov. _____ il _____

di essere residente in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____

di avere il proprio domicilio (solo se diverso dalla residenza) _____ Prov _____

Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____

di avere il proprio domicilio professionale _____ Prov _____

Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____

di aver conseguito il Diploma/Laurea in _____ presso la

Scuola/Università _____ in data _____

di aver conseguito il Master _____

presso l'Università _____ In data _____

di essere cittadino/a _____

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



Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia

Codice IO.02.14A - Rev.1 del 19/10/2018

pag. 2 di 6

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

di godere del pieno esercizio dei diritti civili

di essere stato precedentemente iscritto/a nell'anno _____ all'OPI di _____

e successivamente cancellato/a per _____ in data _____

di **NON** essere attualmente iscritto ad altro OPI (in caso positivo indicare quale _____)

di **NON** aver riportato sentenze di condanna, decreti penali di condanna, sentenze di applicazione della pena su richiesta ("patteggiamenti") ai sensi dell'art. 444 del c.p.p. (*indicare anche i casi in cui sia stata concessa la sospensione condizionale della pena, beneficio della non menzione, amnistia, indulto, perdono giudiziario ed ogni altro beneficio di legge, nonché il caso di intervenuta estinzione del reato, o il caso in cui si sia destinatari di provvedimenti di applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale, ai sensi della vigente normativa*).

Ovvero

in caso positivo di aver riportato (indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante)

di **NON** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

di **NON** aver esercitato la professione infermieristica durante il periodo di non iscrizione all'Albo.

(in caso contrario specificare _____)

Allega:

- 1) Marca da bollo da € 16,00;
- 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 € _____ sul c/c bancario IBAN: IT08N0626013899100000000554 Cassa di Risparmio di Pistoia e della Lucchesia – Sportello Ospedale San Jacopo **intestato all'OPI Interprovinciale Firenze Pistoia**.
- 5) Documento di identità in corso di validità.

Data e luogo _____

IL DICHIARANTE _____

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

N.B.: la firma va apposta all'Ordine in presenza dell'impiegato/a

AVVERTENZA: Fermo restando quanto previsto dall'articolo 76, qualora dal controllo di cui all'articolo 71 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non (art. 75 DPR 445/2000).

INFORMATIVA ISCRITTI SUL TRATTAMENTO DEI DATI Ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Questa informativa riguarda i dati personali che saranno oggetto di trattamento nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei Dati Personali e, comunque, dei principi di riservatezza cui è ispirata l'attività dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE INTERPROVINCIALE DI FIRENZE E PISTOIA ed intende descrivere le sue modalità di gestione, in ambito del trattamento dei dati personali degli Iscritti.

Questa informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016.

Per Trattamento dei Dati Personali si intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

1. Categorie di Dati Personali trattati

L'Ordine tratterà i seguenti Dati Personali forniti dall'Iscritto:

1. Dati Anagrafici e Identificativi (tra i quali nome, cognome, data di nascita, sesso), codice fiscale
2. Dati di Contatto (tra i quali telefono, email, indirizzo)
3. Dati personali inerenti alle competenze acquisite
4. Dati sul proprio domicilio professionale
5. Dati Atti a Rivelare lo Stato di Salute per lo svolgimento delle mansioni
6. Foto identificativa (fototessera o scatto tramite webcam)

2. Finalità del Trattamento

Natura Obbligatoria

I Dati Personali da Lei messi a disposizione dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE INTERPROVINCIALE DI FIRENZE E PISTOIA potranno essere utilizzati per le seguenti finalità di carattere obbligatorio:

- a) Iscrizione all'Albo al fine di permettere all'Interessato di poter esercitare la professione
- b) Autenticazione dell'identità della persona fisica ai sensi dell'art.34 D.P.R. 445/2000 (par. 1 punto 6: Foto identificativa o fototessera)
- c) Comunicazioni Ordine (convocazione all'assemblea ed altre comunicazioni di origine obbligatoria)
- d) Permettere all'Ordine di espletare gli obblighi di legge di cui al D.L.C.P.S. n.233/46 così come modificati dalla legge n.3-2018 dell'11 gennaio 2018

Le ricordiamo che, con riferimento alle finalità evidenziate ai punti sopraelencati il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio. Un Suo eventuale rifiuto e/o il conferimento di informazioni inesatte e/o incomplete impedirebbe la sua iscrizione a questo albo.

Natura Facoltativa – Newsletter

I trattamenti sottoelencati avranno luogo previo e specifico consenso (art. 6 paragrafo 1 lettera a)) quale base giuridica del trattamento:

- e) Ricezione newsletter di carattere informativo riguardanti la professione infermieristica, tra i quali eventi e corsi di formazione (Allegato all'informativa per specifico consenso).

Le ricordiamo che il trattamento è di origine facoltativa. Il conferimento dei personali per iscrizione alla newsletter è necessario per iscriversi alla newsletter. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di iscriversi alla newsletter e quindi ricevere comunicazioni per informazioni su eventi e/o corsi di formazione.

3. Modalità del Trattamento

Il trattamento dei Suoi Dati Personali verrà effettuato mediante idonei strumenti cartacei, elettronici e/o telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e, comunque, in modo tale da garantire la sicurezza e riservatezza dei Dati stessi.

Il materiale raccolto sarà utilizzato esclusivamente per le finalità sopra elencate (par. 2).

4. Destinatari o Categorie di destinatari dei Dati Personali (Responsabili Esterni del Trattamento)

Verranno a conoscenza dei Suoi Dati Personali, il Responsabile per la Protezione dei Dati e gli Incaricati del trattamento dei Dati Personali nominati dall'Ordine nell'esercizio delle loro funzioni. Inoltre saranno comunicati ai soggetti di cui all'art.2 del D.P.R. 221/50 ed altri soggetti ai soli fini di perseguire gli scopi prescritti di cui al D.L.C.P.S. n.233/46 così come modificati dalla legge n.3-2018 dell'11 gennaio 2018.

I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati ad eventuali soggetti che forniscano all'Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale di Firenze e Pistoia prestazioni o servizi strumentali alle finalità indicate nel precedente par. 2. I Suoi Dati Personali potranno essere altresì comunicati a fornitori, appaltatori, istituti bancari e/o assicurativi ovvero altri soggetti e/o enti che provvedano (per conto dell'Ordine) ai seguenti aspetti:

- Attività istituzionali (tra le quali Enti Pubblici)
- Collaborazione Esterna
- Manutenzione e sviluppo della rete e infrastruttura informatica
- Consulenza
- Formazione (Agenzie formative)
- Elaborazioni e adempimenti: amministrativi, contabili e fiscali
- Legale

Qualora si verificasse la necessità di comunicare i dati ad altri soggetti o per un uso diverso da quelli sopramenzionati verrà richiesta esplicita e specifica autorizzazione.

L'elenco completo dei Responsabili Esterni del Trattamento dei Dati Personali dell'Ordine sono disponibili su richiesta (vedi dati di contatto, par. 7).

In ogni modo i Suoi Dati Personali non verranno diffusi; la comunicazione ad organizzazioni internazionali e/o ad organizzazioni all'esterno dell'UE avverrà esclusivamente al verificarsi di un Suo trasferimento lavorativo in territorio esterno all'Unione Europea, quindi la comunicazione avverrà per permettere all'interessato di poter continuare ad esercitare la professione.

5. Durata del trattamento e criteri utilizzati per la conservazione dei Dati Personali

5.1. Durata

Le finalità di cui al paragrafo 2 "Finalità del Trattamento" della presente informativa, i Suoi Dati Personali saranno trattati per il seguente periodo di tempo:

- Per le finalità a), b), c) e d) durata del trattamento è pari alla durata dell'iscrizione;
- Per la finalità e) la durata del trattamento è pari a 24 mesi.

5.2. Conservazione

I dati saranno conservati:

- Per le finalità a), b), c) e d) la conservazione dei dati durerà per un tempo illimitato;
- Per la finalità e) la conservazione dei dati nel database invio comunicazioni durerà per un tempo pari alla durata del trattamento.

6. Diritti dell'Interessato

Ai sensi dell'artt. 7, 15-22 e 77 del Regolamento UE 2016/679 l'interessato ha diritto a:

- Revocare il consenso precedentemente prestato, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca (per la finalità e))
- Ottenere l'accesso a tutti i propri dati personali detenuti dall'Istituto
- Ottenere l'accesso a tutte le informazioni riportate nel presente documento
- Ottenere il diritto alla rettifica, integrazione, cancellazione dei dati personali (diritto all'oblio) o limitazione del trattamento dei dati personali



Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia

Codice IO.02.14A - Rev.1 del 19/10/2018

pag. 5 di 6

- Ottenere il diritto alla portabilità dei dati
- Diritto di opposizione
- Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo

Per l'esercizio di tali diritti, sopra descritti, La preghiamo di contattare le figure designate tramite i contatti riportati al par. 7; a tale richiesta sarà fornito idoneo riscontro secondo le tempistiche previste dal GDPR.

7. Titolare del trattamento, Responsabili e Responsabile della Protezione dei Dati Personali

- Il Titolare del trattamento dei Suoi Dati è ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE INTERPROVINCIALE DI FIRENZE E PISTOIA con sede legale in Via Pierluigi da Palestrina 11, 50144 Firenze (FI), nella persona del Legale Rappresentante Massai Danilo. Qualsiasi richiesta relativa ai dati personali trattati dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE INTERPROVINCIALE DI FIRENZE E PISTOIA potrà essere inviata presso la sede operativa dell'Ordine Via Pierluigi da Palestrina 11, 50144 Firenze (FI), oppure scrivendo all'indirizzo di posta elettronica segreteria@opifipt.it
- Il Responsabile della Protezione dei Dati Personali di ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE INTERPROVINCIALE DI FIRENZE E PISTOIA è contattabile presso l'indirizzo email dpo@qmsrl.it

La presente informativa sarà soggetta ad aggiornamenti.

DATA
21.06.2018

FIRMA PER PRESA VISIONE



Con la presente, allegato all'Informativa Iscritti sul Trattamento dei Dati Personali, questo ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE INTERPROVINCIALE DI FIRENZE E PISTOIA, richiede formalmente a (nome e cognome) nato il ____/____/____ a il consenso di poter:

E. INVIARE NEWSLETTER

Il Legale Rappresentante e Responsabile del Trattamento dei dati
Dott. Danilo Massai

Firma per consenso – TRATTAMENTO E. INVIO DI NEWSLETTER

accetta

non accetta

Firma per consenso

Firenze, ____/____/____

.....