



OPI

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DELLA PROVINCIA DI VERCELLI

Tel. 0161 254271 – Fax 0161 255267

e-mail segreteria@opivercelli.it

pec vercelli@cert.ordine-opi.it

web site www.opi.vercelli.it

ORARI SEGRETERIA:

lunedì e mercoledì dalle 15,00 alle 18,00 - martedì e giovedì dalle 9,00 alle 12,00

Documentazione richiesta per la cancellazione dall'albo professionale utilizzando le facilitazioni previste dalla normativa vigente in materia di autocertificazione.

La domanda di cancellazione deve essere redatta e sottoscritta dal richiedente; alla domanda devono essere allegati:

- 1) marca da bolla da € 16,00
- 2) tesserino di iscrizione all'Ordine (OPI)
- 3) fotocopia della quota di iscrizione pagata per l'anno in corso
- 4) fotocopia di un documento di identità (carta d'identità, patente, passaporto), in corso di validità

Norme per richiedere la cancellazione

- 1) La domanda può essere presentata personalmente presso la segreteria dell'Ordine durante gli orari di apertura o spedita per posta con raccomandata A/R
- 2) Alla domanda di cancellazione deve essere allegato il tesserino di iscrizione; nel caso in cui tale documento non fosse più in possesso del richiedente la cancellazione, lo stesso dovrà essere sostituito da autocertificazione di smarrimento
- 3) **La domanda deve pervenire entro e non oltre il 30 ottobre dell'anno in cui si effettua la richiesta (in caso contrario la cancellazione decorrerà dall'anno successivo)**
- 4) **La domanda non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione**
- 5) Le richieste di cancellazione che perverranno incomplete o non conformi verranno respinte

Al Presidente
Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Vercelli
Via G. Ferraris 58
13100 Vercelli

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale degli

☐ Infermieri ☐ Infermieri Pediatrici

tenuto da questo Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Vercelli, in quanto non esercita più la professione con decorrenza:

☐ immediata ☐ fine anno ☐ dal (indicare la data) _____

e per la seguente motivazione:

- trasferimento all'estero
- cessata attività
- cambio qualifica professionale
- mai esercitato in Italia

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 DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

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

di essere nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

di essere residente a _____

Via/P.za _____ n. _____

Provincia _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____ PEC _____

di essere iscritto a questo Ordine in qualità di ☐ Infermiere ☐ Infermiere Pediatrico

di avere prestato servizio presso (sede dell'ultimo lavoro) _____

_____ fino al _____

di non esercitare più la professione di Infermiere (in qualsiasi forma)

di essere consapevole che l'esercizio della professione di Infermiere (in qualsiasi forma) in assenza d'iscrizione all'Albo, integra il reato di abuso di professione (C.P. 348).

Allegati:

1. tesserino di iscrizione all'Ordine OPI (se non in possesso autocertificazione di smarrimento)
2. fotocopia del pagamento della quota di iscrizione dell'anno in corso
3. fotocopia di un documento di identità (carta d'identità, patente, passaporto), in corso di validità

Vercelli, _____

Il /La Dichiarante

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

ATTENZIONE: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA (art. 75 DPR 445/2000)

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati 2016/679 (RGPD-GDPR)

Egr. Sig./ Gent.le Sig.ra

La informiamo che:

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DPCLS 233/46 e su 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 all'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 DLCP 233/46;
- il trattamento viene effettuato 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 proseguire gli scopi prescritti dall'art. 3 del DLCP 233/46;
- I dati particolari non sono trasmessi a terzi destinatari;
- Titolare del trattamento è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Vercelli nella persona del Presidente pro tempore Dott.ssa Fortunata Di Pasquale contattabile ai seguenti recapiti:
 - mail: segreteria@opivercelli.it pec: vercelli@cert.ordine-opi.it
- Il Responsabile della protezione dati (DPO) è il sig. Stefano Bignoli contattabile ai seguenti recapiti:
 - mail: stefano.bignoli@t-solo.it pec: stefano.bignoli@pec.it

Ai sensi del Regolamento europeo 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale in vigore, l'interessato può, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, esercitare i seguenti diritti:

1. richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano (diritto di accesso dell'interessato – art. 15 del Regolamento 2016/679);
2. avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento;
3. diritto alla portabilità dei dati (art. 20 del Regolamento 2016/679);
4. nei casi di trattamento basato su consenso, ricevere i propri dati forniti al titolare, in forma strutturata e leggibile da un elaboratore di dati e in un formato comunemente usato da un dispositivo elettronico;
5. il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo (diritto di accesso dell'interessato – art. 15 del Regolamento 2016/679).

DICHIARAZIONE DI COMPLETA COMPrensIONE ED ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a

acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità sopra descritte, ritenendo adeguata la presente informativa e comprendendone appieno i contenuti.

Firma leggibile per consenso

Vercelli, _____