

AL PRESIDENTE
COLLEGIO IPASVI DI AGRIGENTO

Il/La sottoscritto/a
(cognome) _____ nome) _____

CHIEDE

di essere iscritto/a all'albo professionale degli _____
tenuto dal su intestato Collegio.

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 dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445 (barrare solo le caselle che interessano)

di essere nato/a a: _____ prov (____) il _____

residente _____ prov _____

Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____

Tel. (abitazione) _____ Tel. (lavoro) _____

Cellulare _____ e-mail _____

di essere domiciliato _____

di essere cittadino/a _____

di godere dei diritti civili _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____

conseguito in data _____ con votazione _____ presso Università _____

di non aver riportato condanne penali (in caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante)

di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

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

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

di non essere attualmente iscritto ad altro Collegio IPASVI

(in caso positivo indicare quale _____)

di essere stato precedentemente iscritto ad altro Collegio IPASVI

(in caso positivo indicare quale _____)

Allega:

1) Marca da bollo da € 14,62

2) due foto formato tessera uguali e recenti firmate dietro

3) Ricevuta comprovante il pagamento di € 168,00 effettuato **sul c/c postale n. 8904 intestato a:UFFICIO DEL REGISTRO ROMA-REGIONE SICILIA, causale: TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE;**

4) Ricevuta comprovante il pagamento di € 100,00 effettuato **sul c/c postale N. 10067924 intestato al Collegio IPASVI di Agrigento** (tassa di iscrizione);

5) Fotocopia codice fiscale;

6) Fotocopia carta di identità.

7) Fotocopia autenticata della laurea in infermieristica (si accetta, solo per un primo momento, anche l'autocertificazione).

Agrigento, lì _____

IL DICHIARANTE _____

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

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera. (art. 75 DPR 445/2000)
Informativa legge 675/96 art. 10 ai sensi dell'art. 48 del DPR 445/2000

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 del Collegio di cui all'art. 3 del DLCPS 233/46;
- il trattamento viene effettuato: a) con strumenti cartacei; b) 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;
- il titolare del trattamento è il Presidente Salvatore Occhipinti;
- il responsabile del trattamento è il Segretario Felice Caruana.
- 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 Collegio Viale Leonardo Sciascia 228 Villaggio Mosè (Ag). Tel. 0922/650229
Fax: 0922/650230 e-mail: ipasviag@libero.it ;
posta elettronica certificata: ipasviag@pec.infermieriag.it

La cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dall'albo professionale motivata solo da fatto di non esercitare più la professione infermieristica. Inoltre si ricorda che per richiedere la cancellazione dovrà essere inviato apposito modulo con marca da bollo da € 14,62 che è disponibile presso la segreteria del Collegio IPASVI entro e non oltre l'anno antecedente alla richiesta di cancellazione.

FIRMA