

**DOCUMENTI RICHIESTI PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO
PROFESSIONALE UTILIZZANDO LE FACILITAZIONI
PREVISTE DALLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI
AUTOCERTIFICAZIONE**

Alla domanda di cancellazione (da redigere a proprie mani e sottoscrivere) si devono allegare:

- a. marca da bollo da € 16,00
- b. tessera di iscrizione all'OPI di Sondrio (ex Collegio IPASVI)
- c. fotocopia in carta semplice di tutte le facciate di un documento di identità (carta di identità, patente, passaporto), in corso di validità.
- d. consenso al trattamento dei dati personali (allegato 1)

Norme per la cancellazione

1. La domanda può essere consegnata a proprie mani o spedita per posta (con raccomandata A/R).
2. Alla domanda deve essere allegata la tessera di iscrizione all'OPI di Sondrio, (ex Collegio IPASVI).
In caso di furto del documento occorrerà allegare la denuncia presentata alle Forze dell'Ordine.
In caso di smarrimento sarà sufficiente un'autocertificazione. (allegato 2)
3. La domanda di cancellazione deve pervenire entro il 30 novembre.
4. La richiesta di cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione, che ha validità nell'anno solare di riferimento.
5. La cancellazione viene deliberata dal Consiglio Direttivo che ne dà successiva comunicazione all'interessato.
6. La cancellazione comporterà la revoca della PEC attivata con OPI Sondrio.
Si consiglia di scaricare eventuali file da conservare.

Le richieste di cancellazione non conformi o incomplete saranno respinte.

**N.B: L'art. 25 del D.P.R. 26/10/1972 n. 642 prevede sanzioni amministrative per chi non corrisponde, in tutto o in parte, l'imposta di bollo dovuta.
La mancata apposizione della marca da bollo, del valore di 16 euro, obbliga questo Ente ad inviare l'atto al competente Ufficio del Registro.**

ORARI DI APERTURA UFFICI

Lunedì 14:30 - 17:30
Mercoledì 10:00 - 12:00
Giovedì 14:30 - 17:30

Al Presidente dell'OPI di Sondrio
Via Aldo Moro 38/E - Sondrio

Marca da bollo
€. 16,00

ISTANZA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Il/la sottoscritt_____

CHIEDE

La **cancellazione** dall'Albo Professionale Infermieri Infermieri Pediatrici

Per la seguente motivazione: _____;

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 nat ___ a _____ (_____) il _____ ;

di essere residente a _____ (_____)

Via/Piazza _____ N. _____

C.A.P. _____ n. telefonico _____ ;

PEC _____ mail _____ ;

di essere iscritto a codesto Ordine delle Professioni Infermieristiche in qualità di

Infermiere

Infermiere Pediatrico

di avere prestato servizio presso (sede ultimo lavoro) _____

_____ fino al _____ ;

- di essere consapevole che l'esercizio della professione d'infermiere (in qualsiasi sua forma), in assenza d'iscrizione all'Albo, integra il reato di abuso di professione (C.P.348);
- di essere in regola con il pagamento della quota di iscrizione dell'anno in corso;
- di non aver in corso procedimenti penali;
- di aver preso visione dell'informativa del trattamento dei dati personali.

Allega:

1. Tessera di iscrizione all'OPI (ex Collegio IPASVI) n. _____

- Se non in possesso: Denuncia di furto presso _____
 Autocertificazione di smarrimento

2. Fotocopia documento di identità.

3. Consenso al trattamento dei dati personali (**se non sottoscritto in precedenza**).

Luogo e Data, _____ / _____ / _____

IL/LA 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 della dichiarazione non veritiera. (art. 75 DPR 445/2000)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

TITOLARE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Franzini Giuseppe secondo le finalità riportate di seguito:
Esecuzione di un compito di pubblico interesse: ISCRIZIONE/CANCELLAZIONE ALBO PROFESSIONALE

FINALITÀ PER LE QUALI È RICHIESTO CONSENSO

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- per la salvaguardia dei miei interessi vitali o degli interessi vitali di un'altra persona fisica

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali è richiesto il mio consenso:

Esecuzione di un compito di pubblico interesse: ISCRIZIONE/CANCELLAZIONE ALBO PROFESSIONALE

CONDIZIONI PER CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Origini etniche (Dati sensibili); Immagini (Dati sensibili)

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale. Sussistenza dei requisiti per esercitare la professione

CONDIZIONI PER DATI RELATIVI A CONDANNE PENALI E REATI

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli relativi a condanne penali e reati (art. 10 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Dati relativi a condanne penali e reati

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti alle categorie suddette è possibile poiché ricade nelle condizioni previste dalla citata norma e:

Richiesta presso il casellario giudiziale di sussistenza di condanne penali e reati. Base giuridica: Norma Unione Europea (GDPR 2016/679). Il trattamento è svolto sotto il controllo dell'Autorità Pubblica

Località e data: _____

Firma dell'interessato

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, nr. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____ Via _____
_____ nr. _____, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali
previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000
nr. 445 e dall'art. 445 del C.P.

dichiara

di aver smarrito il **Tesserino di riconoscimento di iscrizione all'albo professionale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Sondrio**, documento di cui è titolare (art. 47 D.P.R. 445/2000)

N. Tesserino iscrizione: _____

luogo

data

(il/la dichiarante maggiorenne con capacità di agire)
la firma non deve essere autenticata*

Esente dall'imposta di bollo ai sensi degli artt. 37 comma 1 D.P.R. 28.12.2000 nr. 445 e 14 Tab. B D.P.R. 642/1972

Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli Organi dell'Amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.