



All'ill.mo Presidente
Collegio IPASVI La Spezia

bollo euro 16,00

Il/la sottoscritt__ Dott_____

Nat_ a _____ il _____ e residente a _____

In Via/P.za _____ n° _____ CAP _____

Telefono _____ Cellulare _____ PEC mail _____

mail _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE PER
 INFERMIERI ASSISTENTI SANITARI INFERMIERI PEDIATRICI

DELLA PROVINCIA DELLA SPEZIA

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

Dichiara (art.76 DPR 28.12.2000 N°445)

- 1) Di essere nato il _____ a _____ (____)
- 2) Di essere residente in _____ (prov di _____)
Via/P.za _____ n° _____ CAP _____
- 3) Di essere cittadino di nazionalità _____
- 4) Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito presso la Scuola/Università di _____ in data _____
- 5) Di non avere riportato condanne penali, o se si quali _____
- 6) Di godere dei diritti civili
- 7) Di avere il seguente codice fiscale _____
- 8) Di non essere attualmente iscritto presso altro IPASVI italiano né di aver presentato relativa domanda presso altro Collegio
- 9) Di essere già stato iscritto in passato presso l' IPASVI di _____

PRESENTA ED ALLEGA AI FINI DELLA ISCRIZIONE:

- A. Diploma/laurea in ORIGINALE (copia a nostra cura)
- B. Fotocopia di un valido documento personale
- C. Fotocopia del codice fiscale
- D. Una foto tessera, da autenticare in sede
- E. Indirizzo PEC mail come art. 16 del D.L. 185/2008 Convertito con L. 2/2009 (**non valido** indirizzo POSTACERTIFICATA.GOV.IT)
- F. Ricevuta ORIGINALE versamento di euro 168.00 a favore di c/c postale 8003 "concessioni governative", causale : "rilascio cod tariffa 8617" **se non già pagato in precedenti occasioni**
- G. Ricevuta ORIGINALE pagamento tassa annuale iscrizione albo con spese di segreteria* di euro 95 su CONTO BANCARIO intestato a : Collegio IPASVI c/o Tesoreria Enti CARISPE – Piazza caduti della libertà 14/15 agenzia 354/E (SP) IBAN IT49Q0603010726000046498216

La Spezia, _____

Firma _____

* **versamento di euro 40,00 quando la domanda è presentata dal 1° ottobre al 31 dicembre dell'anno corrente**

ATTENZIONE: la domanda viene accolta o respinta, con motivazione, **entro 90 giorni dalla presentazione** (art 8, Dpr 221/1950) La produzione di documenti in originale permette più rapide procedure (perché sono annullati i tempi di verifica delle autocertificazioni)

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3, comma 10 della Legge 17/97)

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000)

Informativa ai sensi dell'art. 13 decreto legislativo 196/2003 e dell'art. 48 del DPR 445/2000

Egr. Sig.re/Gent.ma Sig.ra

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DPCLS 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 per IPASVI 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 DLCP 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 DLCP 233/46;
- il titolare del trattamento è il Presidente.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsto dall'art. 13 della legge 675/96 rivolgendosi presso la sede di questo Collegio : Via Paolo Emilio Taviani, 52- 19125 La Spezia tel. 0187/575177 – fax 0187/283942
- 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, o di assistente sanitario, o di infermiere pediatrico.
- ***A conferma dell'avvenuta iscrizione, l'interessato/a è tenuto/a a presentarsi presso la nostra sede per ritiro del certificato e fototessera nazionale nella prima data utile di apertura (primo martedì di ogni mese e tutti i venerdì -eccetto prefestivi e festivi)***

La Spezia il _____

Firma _____

SCRIVERE IN STAMPATELLO