 <b>IPASVI BS</b>	<b>DOMANDA DI ISCRIZIONE</b>	Marca da bollo	<b>M ALBO 001</b>
			<b>Rev.01</b>
			<b>Pag. 1 di 3</b>
			08.1.2010
<b>N. prot.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pratica controllata</b>	<b>N. Iscr.</b>	<b>Data CD</b>
<b>Data</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pratica completa</b>	<b>Data</b>	

**Egregio Presidente del Collegio IP.AS.VI. di Brescia**

Il/la sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Chiede di essere iscritto all'Albo professionale tenuto da codesto Collegio. A tale 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

- Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_
- Di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Da compilare se diverso dalla residenza**

- Di essere domiciliato nel comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

**Da compilare se cittadini straniero**

- Indirizzo del Paese d'origine (Nazione) \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_


- Di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ e di godere dei diritti civili
- Di aver conseguito in data \_\_\_\_\_ presso (Scuola /Università) \_\_\_\_\_  
Il titolo professionale di  **Infermiere**  **Assistente Sanitario**  **Infermiere pediatrico**
- Di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare L'Autorità Giudiziaria) \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso del seguente numero C.F. \_\_\_\_\_
- Di non essere attualmente iscritto ad altro Collegio provinciale Ipasvi (in caso positivo scrivere quale)

Brescia, \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_

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

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


 <p>IPASVI BS</p>	<b>DOMANDA DI ISCRIZIONE</b>	<b>M ALBO 001</b> <b>Rev.01</b> <b>Pag. 2 di 3</b> 08.1.2010
--	------------------------------	---

Informativa D.Lgs 196/2003 art. 13

Egregio signore, Gentile signora;

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 all'eventuale iscrizione all'albo;
- I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria della domanda 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 è effettuato: a) con strumenti cartacei; b) con elaboratori elettronici a disposizione presso la sede del Collegio IPASVI di Brescia;
- I dati saranno 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 pro tempore;
- Il responsabile del trattamento è la Segretaria pro tempore del Collegio;
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti d'accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 rivolgendosi presso la sede di questo Collegio Via P. Metastasio, 26, Brescia, tel. 030/291478 – Fax 030/43194 – e-mail: [info@ipasvibs.it](mailto:info@ipasvibs.it). 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.
- Se esistono i presupposti di legge, l'iscrizione verrà deliberata entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda, salvo deroghe di legge.

 IPASVI BS	<b>DOMANDA DI ISCRIZIONE</b>	<b>M ALBO 001</b> <b>Rev.01</b> <b>Pag. 3 di 3</b> 08.1.2010
--	------------------------------	---

### DICHIARA

di non esercitare attività libero professionale, contestualmente o meno ad altra attività di tipo subordinato.

In alternativa (*facoltà di non iscrizione all'Ente*):

di essere iscritto in altro albo professionale dotato di Ente di Previdenza e di esercitare la facoltà di non iscrizione all'ENPAPI

di avere compiuto l'età di 65 anni e di esercitare la facoltà di non iscrizione all'ENPAPI.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato sui requisiti per l'iscrizione obbligatoria all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica.

### Liberatoria utilizzo dati

COGNOME    NOME  
(stampatello)

FIRMA (per accettazione)

---

---