	DOMANDA DI ISCRIZIONE	Marca da bollo		M ALBO 001 Rev.02 Pag. 1 di 3 10.10.2011
		N. prot. Data	<input type="checkbox"/> Pratica controllata <input type="checkbox"/> Pratica completa	

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 (artt. 46, 76 DPR 28/12/2000 N. 445)

DICHIARA

- Di essere nato a _____ prov. _____ il _____
- 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 _____

- Di essere cittadino/a _____ e di godere dei diritti civili
- Di essere in possesso del permesso di soggiorno di tipo _____ con scadenza _____
- Di aver conseguito in data _____ presso (Scuola /Università) _____
 Il titolo professionale di **Infermiere** **Assistente Sanitario** **Infermiere pediatrico**
- Di non aver riportato condanne penali. Di aver riportato le seguenti condanne penali (Specificare)


- Di essere in possesso del seguente numero Codice Fiscale _____
- Di non essere iscritto ad altro Collegio provinciale IP.AS.VI. (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)

	DOMANDA DI ISCRIZIONE	M ALBO 001 Rev.02 Pag. 2 di 3 10.10.2011
---	------------------------------	--

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. 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 sarà deliberata entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda, salvo deroghe di legge.

Autocertificazione CASSA ENPAPI

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA**

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

Di esercitare attività libero professionale con il seguente n. di P.IVA _____

- associato allo Studio _____

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)

Brescia

 <p>IPASVI BS</p>	DOMANDA DI ISCRIZIONE	M ALBO 001 Rev.02 Pag. 3 di 3 10.10.2011
--	------------------------------	--

INFORMATIVA

Ricordiamo che l'iscrizione al Collegio IPASVI è obbligatoria per l'esercizio professionale, e che è vincolata alla comunicazione di:

- cambi di domicilio e/o residenza,
- scadenze e rinnovi del permesso di soggiorno,
- pagamento delle quote annuali,
- variazione numeri telefonici,
- variazione indirizzo posta elettronica.

I casi per i quali è attivata la cancellazione sono:

- mancato invio/rinnovo permesso di soggiorno
- morosità
- irreperibilità accertata
- altre situazioni che il Consiglio Direttivo valuterà come inadempimenti.

FIRMA (per accettazione)