

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEGLI INFERMIERI DI ENNA

Oggetto : **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI RESIDENZA O DI DOMICILIO.**

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____
il _____, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in
caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, comunica il cambio di residenza / domicilio
(sbarrare la voce non interessata) dichiarando ai sensi degli artt. 46 del D.P.R. 28-12-2000 n° 445 di essere
residente / domiciliato a _____ in Via
_____ n° _____ CAP _____.

Si allega a tal proposito copia di un documento di identità in corso di validità, in quanto l'autenticità della
sottoscrizione viene garantita secondo le modalità di cui all'art. 38, comma 3, del DPR 445/2000.

Se il presente modulo e il documento di identità vengono inoltrati via mail, si chiede di **NON** inviare
fotografie, ma soltanto allegati scansionati in formato PDF.

Si comunicano di seguito gli indirizzi di posta elettronica intestati al sottoscritto ai quali poter fare
riferimento : PEC _____ Email : _____

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 75, 76 del D.P.R. n° 445 del 28-12-
2000 e dall'art. 483 del Codice Penale in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, compresa la
decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del d.lgs. 196/2003, aggiornato con il nuovo d.lgs. 101/2018, autorizza l'Ordine
degli Infermieri di Enna al trattamento dei dati personali utilizzati per l'istruttoria dell'istanza, per le finalità
ad essa strettamente connesse e per gli scopi istituzionali del Ordine di cui all'art. 3 del DLCPS 233/46.

Distinti saluti.

Enna lì _____

Il/La Dichiarante _____



O.P.I. – ENNA

ORDINE DEGLI INFERMIERI DI ENNA

Informativa D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 art. 13 e s.m.

“Codice in materia di protezione dei dati personali”

Egr. Sig.re/Gent.ma Sig.ra, La informiamo che:

1. “ 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;
2. “ In caso rifiutasse di fornire i dati non sarà possibile attivare l’istruttoria per procedere alla eventuale iscrizione all’Albo;
3. “ 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 dell’Ordine di cui all’art. 3 del DLCPS 233/46;
4. “ Il trattamento viene effettuato: a) con strumenti cartacei; b) con elaboratori elettronici a disposizione degli Uffici;
5. “ 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;
6. “ Il titolare del trattamento è il Presidente Pro-tempore in carica Dott. Di Venti Giovanni;
7. “ Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall’art. 7 del D. Lgs 196/03 rivolgendosi alla Segreteria di questo Ordine di Viale della Provincia n° 4 ad Enna, Tel. 0935500430, Fax 0935566078; Email : enna@cert.ordine-opi.it
8. 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.

Presa visione di quanto riportato, si autorizza il trattamento dei propri dati personali

Enna li _____

Firma _____

Orario di apertura uffici segreteria:

Lunedì e Mercoledì 9,00 – 11.00

Martedì e Venerdì 16.00 – 18.00