

Dichiarazione sostitutiva di certificato di residenza

COMUNICAZIONE VARIAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)



DOCUMENTAZIONE OCCORRENTE:

- 1) comunicazione variazione di residenza (modello allegato)
- 2) copia documento di riconoscimento se le modalità di invio rientrano nei casi a) c) d)

MODALITÀ DI INVIO:

a) a mezzo posta indirizzata a:

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PARMA
Via La Spezia, 226/A 43126 – PARMA (allegare fotocopia documento)

b) consegna a mano presso: ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PARMA

Via La Spezia, 226/A 43126 – PARMA

c) tramite mail a: parma@ipasvi.legalmail.it (allegare fotocopia documento)

d) tramite fax al numero: 0521.16.80.83.7 (allegare fotocopia documento)

INFORMATIVA DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196 art. 13

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

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 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 DLCPS 233/46;
- il trattamento viene effettuato con: a) strumenti cartacei; b) 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 DLCPS 233/46;
- il titolare del trattamento è il Consiglio Direttivo di questo Ordine. Il responsabile del trattamento è il Presidente Dott. Alfonso Sollami.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 61 del Decreto Legislativo 196/03 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine in via La Spezia 226/A, Telefono 0521/1680836, E-Mail parma@ipasvi.legalmail.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.

Dichiarazione sostitutiva di certificato di residenza

COMUNICAZIONE VARIAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)



*Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di PARMA*

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

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

di essere residente in _____ Prov. _____

CAP _____ Via/Piazza/Str. _____ N. _____

Numero Telefonico Fisso _____ Cell. _____

Indirizzo mail _____

Indirizzo PEC _____

Parma, _____

*Il/La dichiarante**

(se spedita, allegare copia documento fronte/retro)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445. La presente dichiarazione, redatta in carta semplice, non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

*** Tale dichiarazione può essere firmata in presenza del funzionario o inviata, dopo la sottoscrizione, unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del dichiarante (Art. 38, 3° comma del DPR 445 del 28 /12/2000), in corso di validità.**

Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento, per il quale la presente dichiarazione viene resa.