

**AL PRESIDENTE
ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DI LATINA
VIALE P.L P.L NERVI 228 SCALA P
04100 Latina LT**

Marca da
bollo
€16.00

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)
Nato/a a _____ (_____) il _____
residente a _____ (_____) cap _____
Via _____ n. _____ Tel (fisso)/cell. (mobile) _____
iscritta/o all'Albo professionale di _____
(specificare Infermiere – Infermiere Pediatrico)
Dalla data del _____ n. posizione _____
Recapito PEC _____

tenuto dal su intestato Ordine.

CHIEDE che venga/no modificato/ti i dati anagrafici di seguito indicati nell'albo tenuto dall'OPI LATINA.

(Barrare solo la/e casella/e di interesse):

- COGNOME**
- NOME**
- CODICE FISCALE**
- CITTADINANZA**

Pertanto, a tal fine, consapevole

- ✓ Delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76, nonché quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. n.445/2000;
- ✓ Che i dati acquisiti con la presente dichiarazione saranno trattati e conservati dall'Amministrazione nel rispetto del GDPR e per il periodo strettamente necessario allo sviluppo dell'attività amministrativa correlata;
- ✓ Del trattamento dei dati ai fini dell'aggiornamento anagrafico dei propri dati personali conservati e gestiti dall'OPI di Latina

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445

(BARRARE LA/LE CASELLA/E CHE INTERESSA/NO)

- Che il mio **precedente** cognome era [_____] ed **attualmente** è [_____]
- Che il mio **precedente** nome era [_____] ed **attualmente** è [_____]
- Che **precedentemente** il mio Codice Fiscale era [_____] ed è stato variato con [_____]
- Che la mia **precedente** cittadinanza era [_____] ed **attualmente** è [_____]

Tutto ciò precedentemente indicato per la seguente motivazione:

_____ (specificare la motivazione di tale richiesta di cambio: ad es. per contratto matrimonio, divorzio, acquisizione cittadinanza italiana etc....).

Si allegano :

- n. **2 fototessera** (**SOLO** se viene richiesto il cambio Cognome o Nome per **stampare tesserino** d'iscrizione)
- Fotocopia del documento di identità;
- Fotocopia del codice fiscale;
- Altro (specificare) _____

Latina, _____

Il/la Dichiarante _____

(ESENTE DA AUTENTICA DI FIRMA AI SENSI DELL'ART. 3, COMMA 10 DELLA LEGGE 127/97)

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

OPI di Latina (da compilare a cura della segreteria)

Il/la sottoscritto/a: _____ incaricato/a,

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000

Che il/la Dott./ssa Sig/ra _____
identificato a mezzo di: _____

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Latina, _____

Firma dell'incarico che riceve l'istanza

NOME

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

che a seguito di variazione di (n.b solo barrare la/e casella/e di interesse):

del proprio cognome

del proprio nome

- di essere consapevole che in caso di possesso di PEC con OPI Latina, che la stessa verrà disattivata **entro 7 giorni dalla data del Consiglio Direttivo** che disporrà la/e variazione/i richiesta/e nell'Albo, pertanto:

COMUNICA nuovo indirizzo (compilando con modulo allegato)

CHIEDE nuova attivazione gratuita con OPI di Latina (compilando modulo allegato)

Latina _____

Firma

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

MODULO di COMUNICAZIONE INDIRIZZO P.E.C. (Posta Elettronica Certificata)
(ai sensi del D.Lgs. n. 185/2008, conv. Legge n. 2/2009)

**Al Presidente dell'OPI di
Latina**

Spazio riservato alla Segreteria

Consegnato allo sportello il _____

Firma di chi riceve l'istanza _____

Il/La sottoscritto/a _____
(nome e cognome)

nato a _____ il _____
(luogo di nascita) (giorno, mese, anno)

Cellulare _____ residente in _____

Via/Piazza _____ numero civico _____

Prov. _____ Cap _____ e-mail _____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art.76 D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.46 D.P.R. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

- **di essere in possesso** del seguente indirizzo Pec:

_____@_____

(scrivere in stampatello)

- **di essere consapevole** che la Pec comunicata ad OPI di Latina viene pubblicata su INI-PEC e verificabile su <https://www.inipec.gov.it/cerca-pec> inserendo il proprio codice fiscale

Il/la sottoscritto/a s'impegna, altresì, a comunicare tempestivamente a codesto Ordine ogni eventuale variazione del predetto indirizzo PEC che dovesse intervenire nel corso del tempo.

Il/la sottoscritto/a prende altresì atto che la variazione verrà effettuata dall'Ordine nei termini di legge previsti a partire dal ricevimento della suddetta comunicazione.

Data _____

Firma Leggibile _____



La Pec verrà disattivata in caso di cancellazione o trasferimento ad altro OPI D'ITALIA.

**Modulo Di Adesione
Servizio Posta Elettronica Certificata**

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a Il _____
A _____ Prov. _____ Cod.Fisc _____
Residente a _____ Prov. _____
In Via/Piazza _____ N _____
Cap _____ Nazionalità _____ telefono _____ fax _____
E-mail _____ @ _____
Iscritto all' Ordine delle Professioni infermieristiche di **Latina** in qualità di (infermiere/infermiere pediatrico) _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- che i dati sopra indicati sono corretti e veritieri;
- di essere al corrente che l' Ordine delle Professioni infermieristiche di Latina ha stipulato con la società Aruba PEC S.p.A un contratto avente ad oggetto la fornitura di servizi di Posta Elettronica Certificata (PEC), i cui costi saranno esclusivamente a carico dell' Ordine delle Professioni infermieristiche di Latina, in base al quale è data facoltà all'iscritto di attivare un indirizzo di PEC;
- di essere interessato all'assegnazione in uso della casella di Posta Elettronica Certificata (PEC), composta da:

nome.cognome[suffisso numerico]@pec.opilatina.it
il suffisso numerico verrà utilizzato in caso di omonimia

avvalendosi dell'attivazione del servizio di PEC offerto gratuitamente dall' Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina, per il tramite di Aruba PEC S.p.A.;

- di aver preso chiara ed esatta visione e di accettare espressamente, mediante la sottoscrizione del presente documento, i termini e le condizioni indicate nelle **Condizioni di erogazione Servizi di Posta Elettronica Certificata – Cliente Partner versione 3.3** allegate al presente modulo e nel Manuale Operativo per la fornitura di servizi Aruba PEC, disponibili alla pagina presente al link <https://www.pec.it/termini-condizioni.aspx>, che si devono intendere qui integralmente riportati e trascritti.

Luogo _____ **Data** _____ **Firma** _____

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., il Sottoscritto dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le seguenti clausole delle **Condizioni di erogazione Servizi di Posta Elettronica Certificata - Cliente Partner - versione 3.3**: 2) Struttura del Contratto e ordine di prevalenza; 4) Perfezionamento del Contratto; 5) Durata del Contratto e cessazione; 6) Attivazione del Servizio, erogazione, durata, rinnovo e cessazione; 8) Requisiti; 9) Caratteristiche del Servizio; 13) Obblighi e limitazioni di responsabilità di Aruba Pec; 14) Obblighi e diritti del Cliente Partner; 15) Sospensione del Servizio; 19) Ultrattività; 21) Clausola risolutiva espressa – risoluzione per inadempimento– condizioni risolutive; 22) Recesso; 24) Modifiche al Contratto e/o alle Policy Aruba Pec; 25) Miscellanea; 26) Legge applicabile e foro competente; 27) Rinvio al Manuale Operativo.

Luogo _____ **Data** _____ **Firma** _____

Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'Informativa dell'art. 13 legge del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") contenuta nelle Condizioni Generali di Contratto "Posta Elettronica Certificata" presto il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Luogo _____ **Data** _____ **Firma** _____

Il modulo, debitamente firmato, dovrà essere inviato unitamente a copia del documento di riconoscimento valido via fax al numero 0773624633.