

**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Oristano**

Via G. Carducci, 9 09170 Oristano

Tel. 0783/302597

[oristano@cert.ordine-opi.it](mailto:oristano@cert.ordine-opi.it) – [opioristano@gmail.com](mailto:opioristano@gmail.com)

C.F. 90003900959



**Spett.le**  
**OPI Oristano**  
**Via Carducci 9**  
**09170 Oristano (OR)**

Marca da bollo  
€ 16,00

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_

in qualità di Rappresentante Legale della Società tra Professionisti denominata:

oggetto professionale (unico o, in caso di attività multidisciplinare, prevalente):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

sede legale in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

**VISTO**

- l'articolo 3 del DPR 7 Agosto 2012, n°137;
- l'articolo 8 del Decreto 8 febbraio 2013 n. 34 "Regolamento in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'art. 10 comma 10 della legge 12 novembre 2011, n. 183"

**CHIEDE**

l'iscrizione della società sopra indicata nella Sezione Speciale dell'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Oristano.

Il sottoscritto si impegna altresì, ai sensi dell'art. 9 Decreto 8.2.2013 n. 34, a comunicare all'OPI di Oristano le variazioni delle indicazioni di cui al comma 3 dell'art. 9 del citato Decreto, le deliberazioni che comportino modificazioni dell'atto costitutivo o dello statuto e le modifiche del contratto sociale che comportino variazioni della composizione sociale.

Il sottoscritto, dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**SI ALLEGA ALLA PRESENTE:**

1. Fotocopia del documento d'identità e codice fiscale in corso di validità del Legale Rappresentante e di ogni socio della Società;
2. Fotocopia Partita IVA e/o Codice Fiscale della Società;
3. Atto costitutivo e statuto della società in copia autentica o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del Socio professionista, cui spetti l'amministrazione della Società;
4. Documento presa d'atto (*allegato 1*);
5. Elenco nominativo dei Soci iscritti all'Ordine delle professioni Infermieristiche di Oristano dei Soci iscritti ad altri Ordini (con indicazione dell'Albo di appartenenza) e degli altri Soci professionisti, con indicazione dell'Albo di appartenenza (*allegato 2*);
6. Dichiarazione per ciascun socio di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34 (*allegato 3*);
7. Certificato di iscrizione o autocertificazione all'Albo dei soci iscritti in altri Collegi /Ordini (*allegato 4*);
8. Certificato di iscrizione nella sezione speciale nel Registro delle Imprese (come società inattiva). Entro 60 giorni da quando la STP inizierà l'attività economica, occorre inviare i dati relativi all'iscrizione nella apposita Sezione Speciale del Registro delle Imprese;
9. Dichiarazione di consenso al Trattamento dei Dati Personali (ex art. 13 GDPR 2016/679) (*allegato 5*);
10. Ricevuta di pagamento della TASSA di concessione governativa di € 168,00 da versarsi a mezzo c/c postale n. 8003 intestato a "Agenzia delle Entrate – Centro operativo di Pescara Tasse concessioni Governative" Codice tariffa: 8617;
11. Ricevuta comprovante il pagamento della quota di iscrizione di € 100,00 tramite avviso di pagamento pagoPA emesso dall'Ordine. L'avviso verrà generato direttamente in sede.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Allegato 1

### DOCUMENTO PRESA D'ATTO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di Rappresentante Legale della Società tra Professionisti denominata:

\_\_\_\_\_

in occasione della presentazione della domanda di iscrizione nella Sezione Speciale dell'Albo riservata alle STP, **DICHIARA** di essere stato posto a conoscenza di quanto segue:

1. il pagamento della quota annuale, nella misura stabilita dal Consiglio Direttivo dell'Ordine, costituisce un obbligo ai sensi del R.D. 23/10/1925 n. 2537;
2. qualora venga meno l'interesse all'iscrizione della STP nella Sezione Speciale di questo Albo dovrà essere presentata all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Oristano regolare domanda di cancellazione in bollo (€ 16,00). Tale domanda, presentata entro e non oltre il 30 novembre dell'anno in corso, esenterà dal pagamento dei contributi a partire dall'anno successivo a quello della data di presentazione. Nessun'altra forma di cancellazione sarà ritenuta valida;
3. in caso di variazione dei dati riportati nella domanda di iscrizione è fatto obbligo di darne tempestivo avviso all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Oristano mediante comunicazione scritta.

Data, \_\_\_\_\_

Firma per presa d'atto \_\_\_\_\_



**Allegato n. 3**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI  
DICHIARAZIONI DI INSUSSISTENZA DI INCOMPATIBILITÀ DI CUI ALL'ART. 6  
DEL D.M. 8 FEBBRAIO 2013, N. 34 (da compilare da parte di CIASCUN SOCIO)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, in qualità di:

- SOCIO PROFESSIONISTA  
 SOCIO NON PROFESSIONISTA

della Società tra Professionisti denominata

\_\_\_\_\_ ,

ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere nel caso di dichiarazioni mendaci o reticenti e delle sanzioni previste dall'art. 76 del citato decreto, ai sensi degli artt. 2 e 4 Legge 04/01/68 n. 15 e s.m.i. e del D.P.R. 20/10/98 n. 403,

DICHIARA

- di essere iscritto all'Ordine \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ ;  
 di non essere iscritto ad alcun Ordine;  
 di essere cittadino/a italiano/a  
 di essere cittadino/a dello stato di \_\_\_\_\_

- l'insussistenza di cause di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34 e quindi che:

NON partecipa ad altre società professionali in qualunque forma e a qualunque titolo, indipendentemente dall'oggetto della stessa STP;

Per i SOCI NON PROFESSIONISTI, per finalità d'investimento o per prestazioni tecniche:

- a) DI essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per l'iscrizione all'albo professionale cui la società è iscritta ai sensi dell'articolo 8 del DM 8 febbraio 2013, n. 34;  
b) Di NON aver riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e salvo che non sia intervenuta riabilitazione;

c) Di NON essere stato cancellato/a da un albo professionale per motivi disciplinari;

d) Di NON aver riportato, anche in primo grado, misure di prevenzione personali o reali;

- Di essere a conoscenza che è tenuto/a al rispetto del regime disciplinare della società previsto dall'art. 12 del DPR 34 del 8/2/2013;

- Di avere preso visione delle disposizioni contenute nel D.M. 8 Febbraio 2013 n.34 "Regolamento in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico", ai sensi dell'articolo 10, comma 10, della legge 12 Novembre 2011, n.183;

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegato 4**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Oristano

dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

**Si allega copia di un documento di identità valido.**

\_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del DPR 28 dicembre 2000, n. 455

\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione 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.

*Ordine delle Professioni Infermieristiche di Oristano*

*Via G. Carducci, 9 09170 Oristano*

*Tel./Fax: 0783/302597*

*[oristano@cert.ordine-opi.it](mailto:oristano@cert.ordine-opi.it) – [opioristano@gmail.com](mailto:opioristano@gmail.com)*

*C.F. 90003900959*



## **INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Finalità del trattamento:** ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 679/2016, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Oristano (di seguito, solo "OPI"), quale Titolare del trattamento, La informa che le attività di trattamento dei Suoi dati personali saranno effettuate dall'OPI nell'ambito delle funzioni di tenuta dell'Albo delle Professioni Infermieristiche e delle attività a ciò strumentali nel pieno rispetto della vigente normativa, nazionale ed europea, in materia di protezione dei dati personali relativi alle persone fisiche, per le finalità prodromiche e strumentali alla Sua iscrizione all'Albo e per quelle successive, connesse e funzionali all'avvenuta iscrizione, oltre che per l'adempimento degli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare del trattamento.

**Base giuridica del trattamento:** la base giuridica che legittima il trattamento è, pertanto, il rapporto contrattuale che si instaura con l'OPI con la Sua iscrizione all'Albo: il conferimento dei dati personali che potranno esserLe richiesti dal Titolare per tale finalità è obbligatorio in quanto essenziale per permettere la Sua regolare iscrizione all'Albo, come previsto espressamente dall'art. 9 del DPCLS 233/46 e dall'art. 4 del DPR 221/50; di conseguenza, un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità per l'OPI di dare seguito a tali attività.

Negli altri casi, la base giuridica delle attività di trattamento che saranno effettuate dall'OPI sarà l'adempimento di obblighi di legge cui lo stesso titolare è soggetto, nonché il suo interesse legittimo al corretto svolgimento delle proprie attività e alla sicurezza dei propri sistemi e locali.

L'OPI non effettua attività di marketing diretto mediante invio di comunicazioni promozionali a mezzo posta elettronica; ad ogni modo, qualora tali servizi venissero successivamente attivati, l'OPI provvederà a richiederLe un consenso specifico ed esplicito prima di avviare qualsiasi attività di trattamento. In questi casi, la base giuridica del trattamento sarà il Suo consenso e il rifiuto a fornirlo non comporterà alcuna conseguenza, in particolare, per la regolare iscrizione all'Albo e per la fornitura dei relativi servizi, previsti dalla legge o dall'OPI.

**Categorie di dati personali:** i dati personali oggetto delle operazioni di trattamento effettuate dall'OPI potranno rientrare nelle seguenti categorie:

- (a) dati identificativi e di contatto, tra cui, nome, cognome, data di nascita, C.F., indirizzo, telefono, e-mail;
- (b) dati relativi a titoli di studio e qualifiche professionali;
- (c) dati rientranti nelle particolari categorie di cui all'art. 9 del GDPR, tra cui, dati relativi a uno stato generale di salute (malattia, maternità, infortunio o avviamento obbligatorio); idoneità o meno a determinate mansioni; adesione ad un sindacato; adesione ad un partito politico o titolarità di cariche pubbliche elettive (permessi o aspettativa); convinzioni religiose (festività religiose fruibili per legge);
- (d) dati relativi a condanne penali e reati o a connesse misure di sicurezza (art. 10 GDPR).

Per le attività di trattamento aventi ad oggetto i dati personali di cui ai punti (c) e (d) che precedono non sarà necessario il Suo espresso consenso, in quanto tali operazioni saranno effettuate soltanto ove richieste da specifiche disposizioni di legge, nei limiti e nel rispetto di quanto previsto dagli articoli 9 e 10 GDPR (la base giuridica sarà quindi l'adempimento di un obbligo legale).

**Modalità di trattamento:** i dati personali così raccolti verranno trattati sia in forma cartacea che informatizzata, anche parzialmente automatizzata, mediante inserimento nei sistemi informatici e nelle banche dati del Titolare, a cui avrà accesso soltanto il personale e/o i soggetti dallo stesso espressamente autorizzati e appositamente istruiti, sempre nei limiti delle rispettive competenze e di quanto necessario per il corretto espletamento dei compiti loro affidati.

**Categorie di destinatari:** il Titolare ha provveduto altresì a designare quali responsabili del trattamento i soggetti terzi che trattano dati personali per suo conto di cui l'OPI si avvale per l'espletamento delle proprie attività. I dati acquisiti potranno essere comunicati, inoltre, a soggetti a tal fine espressamente autorizzati da disposizioni di legge, tra cui, in particolare i soggetti indicati all'art. 2 del DPR 221/50 (Prefetture e Ministeri) e in quanto necessario per il rispetto dell'art. 3 del DLCP 233/46.

*Ordine delle Professioni Infermieristiche di Oristano**Via G. Carducci, 9 09170 Oristano**Tel./Fax: 0783/302597**oristano@cert.ordine-opi.it – opioristano@gmail.com**C.F. 90003900959*

Conservazione dei dati personali: i dati verranno conservati per il periodo di tempo necessario al raggiungimento delle finalità sopra indicate e per gli adempimenti di legge, in particolare fiscale e tributaria, e di eventuale difesa, anche in sede giudiziaria, dei diritti dell'OPI (indicativamente, per dieci anni dalla loro registrazione).

Diritti degli interessati: in qualità di soggetto interessato, potrà richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai dati detenuti dal Titolare, nonché la loro rettifica e la loro cancellazione, ove quest'ultima non contrasti con obblighi contrattuali o di legge inerenti la conservazione dei dati stessi cui è tenuto il Titolare; in relazione ai dati trattati in modo automatizzato, ha il diritto di richiedere la portabilità dei dati in un formato leggibile con le più comuni applicazioni; ha altresì il diritto di presentare reclamo all'Autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali) in caso di illecito trattamento o di ritardo o impedimento da parte del Titolare all'esercizio dei diritti dell'interessato e di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria per la tutela dei suoi diritti. Inoltre, ove siano effettuati tali trattamenti, potrà in qualunque momento revocare il consenso eventualmente conferito per finalità di marketing, ferma restando la liceità del trattamento effettuato prima di tale revoca, nonché opporsi al trattamento dei dati che la riguardano effettuato per finalità di marketing diretto (diritto di opposizione).

Chiarimenti e DPO: Le ricordiamo che in ogni momento potrà richiedere maggiori informazioni in merito ai dati trattati, all'esercizio dei Suoi diritti, nonché richiedere l'elenco aggiornato dei soggetti che hanno accesso ai dati nell'ambito del presente trattamento, contattando il Responsabile della protezione dei dati (RPS o DPO), designato dal Titolare, ai seguenti recapiti:

- via posta: Ordine delle Professioni Infermieristiche di Oristano, Via G. Carducci, 9 – 09170, Oristano;
- via e-mail: [rpd@fclex.it](mailto:rpd@fclex.it);
- via PEC: [oristano@cert.ordine-opi.it](mailto:oristano@cert.ordine-opi.it);
- via fax: 0783/302597.

Oristano, \_\_\_\_\_

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Oristano

---

\*\*\*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di aver ricevuto e di avere preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Oristano conseguente e strumentale alla mia richiesta di iscrizione all'Albo delle Professioni Infermieristiche e alle successive attività a ciò connesse.

Oristano, li \_\_\_\_\_

In qualità di Interessato,

---