



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pesaro Urbino

DOMANDA DI ISCRIZIONE SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI

Spett.le
Ordine delle Professioni Infermieristiche Opi Pesaro Urbino
Corso XI Settembre, 115
61121 Pesaro (PU)

Marca da Bollo
€ 16,00

Il/la sottoscritto/a _____

nato/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 _____ fax _____

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 Pesaro Urbino.

Il sottoscritto si impegna altresì, ai sensi dell'art. 9 Decreto 08.02.2013 n. 34, a comunicare all'Opi di Pesaro Urbino 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 (allegato1);
5. Elenco nominativo dei Soci iscritti all'Ordine delle professioni Infermieristiche di Pesaro Urbino, dei Soci iscritti ad altri Ordini (con indicazione dell'Albo di appartenenza) e degli altri Soci professionisti, con indicazione dell'Albo di appartenenza (allegato2);
6. Dichiarazione per ciascun socio di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34 (allegato3);
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 8003 intestato a "Agenzia delle Entrate – Centro operativo di Pescara Tasse concessioni Governative" Codice tariffa: 8617;
11. Ricevuta di pagamento all'atto di presentazione della domanda di Euro 160,00 da pagare tramite bollettino PagoPa che verrà emesso dall'Ordine (n.b. contattare l'Ordine per richiedere emissione del Bollettino PagoPa).

Tale somma comprende la tassa di prima iscrizione una tantum pari a Euro 60,00 e la tassa d'iscrizione annuale all'Ordine pari a Euro 100,00.

Data.....

Firma.....



Allegato n.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 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 Pesaro Urbino 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 Pesaro Urbino mediante comunicazione scritta.

Data, _____

Firma per presa d'atto



Allegato n.2

ELENCO NOMINATIVI DEI SOCI DELLA SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI

Si indicano i nominativi dei soci ISCRITTI a codesto Ordine:

_____	n.	_____
_____	n.	_____
_____	n.	_____
_____	n.	_____
_____	n.	_____

Si indicano i nominativi dei soci NON ISCRITTI a codesto Ordine:

_____	n.	_____
_____	n.	_____
_____	n.	_____
_____	n.	_____
_____	n.	_____

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 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:

1. **NON** partecipa ad altre società professionali in qualunque forma e a qualunque titolo, indipendentemente dall'oggetto della stessa STP;
2. 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 n. 4

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____

a _____ 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 Pesaro Urbino dal

_____ al n° _____.

Si allega copia di un documento di identità valido.

Data, _____

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.

INFORMATIVA ISCRITTI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Questa informativa riguarda i dati personali che saranno oggetto di trattamento nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei Dati Personali e, comunque, dei principi di riservatezza cui è ispirata l'attività dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PESARO URBINO ed intende descrivere le sue modalità di gestione, in ambito del trattamento dei dati personali degli Iscritti.

Questa informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 e ai sensi del D.lgs. 196/2003 integrato e modificato dal D.lgs. 101/2018.

Per Trattamento dei Dati Personali si intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

Categorie di Dati Personali trattati

L'Ordine tratterà i seguenti Dati Personali forniti dall'Iscritto:

1. Dati Anagrafici e Identificativi (tra i quali nome, cognome, data di nascita, sesso), codice fiscale
2. Dati di Contatto (tra i quali telefono, email, indirizzo)
3. Dati personali inerenti alle competenze acquisite, abilitazioni e situazioni professionali
4. Dati sul proprio domicilio professionale
5. Dati di natura giudiziaria e relativi a reati
6. Dati Atti a Rivelare lo Stato di Salute per lo svolgimento delle mansioni
7. Foto identificativa (fototessera o scatto tramite webcam)

Finalità del Trattamento

Natura Obbligatoria

I Dati Personali da Lei messi a disposizione dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE di PESARO URBINO potranno essere utilizzati per le seguenti finalità di carattere obbligatorio:

- a) Iscrizione all'Albo al fine di permettere all'Interessato di poter esercitare la professione, per adempiere ai servizi/ricieste dell'iscritto e all'esecuzione di tutte le attività connesse, oltre al fine di rispettare le vigenti norme di legge (base giuridica D.L.C.P.S. n.233/46 così come modificati dalla legge n.3-2018 dell'11 gennaio 2018 e art. 6 par. 1 lett. b), c) ed e) del Reg. UE 2016/679);
- b) Autenticazione dell'identità della persona fisica tramite foto identificativa o fototessera (base giuridica art.34 D.P.R. 445/2000 e art. 6 par. 1 lett.ed e) del Reg. UE 2016/679);
- c) Permettere all'Ordine di espletare gli obblighi di legge (base giuridica D.L.C.P.S. n.233/46 così come modificati dalla legge n.3-2018 dell'11 gennaio 2018 e art. 6 par. 1 lett. e) del Reg. UE 2016/679).

Le ricordiamo che, con riferimento alle finalità evidenziate ai punti sopraelencati il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio. Un Suo eventuale rifiuto e/o il conferimento di informazioni inesatte e/o incomplete impedirebbe la sua iscrizione a questo albo.

Modalità del Trattamento

Il trattamento dei Suoi Dati Personali verrà effettuato mediante idonei strumenti cartacei, elettronici e/o telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e, comunque, in modo tale da garantire la sicurezza e riservatezza dei Dati stessi.

Responsabili, Autorizzati e Destinatari del Trattamento

Verranno a conoscenza dei Suoi Dati Personali, il Responsabile per la Protezione dei Dati e gli Incaricati del trattamento dei Dati Personali nominati dall'Ordine nell'esercizio delle loro funzioni. Inoltre saranno comunicati ai soggetti di cui all'art.2 del D.P.R. 221/50 ed altri soggetti ai soli fini di perseguire gli scopi prescritti di cui al D.L.C.P.S. n.233/46 così come modificati dalla legge n.3-2018 dell'11 gennaio 2018.

I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati ad eventuali soggetti che forniscano all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pesaro Urbino prestazioni o servizi strumentali alle finalità indicate nel precedente par. 2. I Suoi Dati Personali potranno essere altresì comunicati a fornitori, appaltatori, istituti bancari e/o assicurativi ovvero altri soggetti e/o enti che provvedano (per conto dell'Ordine) ai seguenti aspetti:

Corso XI Settembre,115-61121 Pesaro -Tel. 072133615 Fax 072135349 - C.F. 80034370413 www.opipesarourbino.it
Email: info@opipesarourbino.it Pec: pesaro.urbino@cert.ordine-opi.it

- Attività istituzionali (tra le quali Enti Pubblici)
- Consulenza e legale
- Collaborazione esterna
- Formazione
- Manutenzione e sviluppo della rete informatica
- Elaborazioni e adempimenti contabili e fiscali

Qualora si verificasse la necessità di comunicare i dati ad altri soggetti o per un uso diverso da quelli sopramenzionati verrà richiesta esplicita e specifica autorizzazione.

I dati potranno altresì essere comunicati a Enti Pubblici, Forze di Polizia o altri Soggetti Pubblici e Privati, ma esclusivamente al fine di adempiere ad obblighi di legge, regolamento o normativa comunitaria. In ogni modo i Suoi Dati Personali non verranno diffusi; la comunicazione ad organizzazioni internazionali e/o ad organizzazioni all'esterno dell'UE avverrà esclusivamente al verificarsi di un Suo trasferimento lavorativo in territorio esterno all'Unione Europea, quindi la comunicazione avverrà per permettere all'interessato di poter continuare ad esercitare la professione.

Diritti dell'Interessato

Ai sensi dell'artt. 7, 15-22 e 77 del Regolamento UE 2016/679 l'interessato ha diritto a:

- Ottenere l'accesso a tutti i propri dati personali detenuti dall'Ordine
- Ottenere l'accesso a tutte le informazioni riportate nel presente documento
- Ottenere il diritto alla rettifica, integrazione, cancellazione dei dati personali (diritto all'oblio) o limitazione del trattamento dei dati personali
- Ottenere il diritto alla portabilità dei dati
- Diritto di opposizione
- Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo
-

Titolare del trattamento, Responsabili e Responsabile della Protezione dei Dati Personali

- Il Titolare del trattamento dei Suoi Dati è ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PESARO URBINO con sede legale in Pesaro Corso XI Settembre, 115 61121 Pesaro, nella persona del Legale Rappresentante dell'Ordine. Qualsiasi richiesta relativa ai dati personali trattati dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PESARO URBINO potrà essere inviata presso la sede operativa dell'Ordine Corso XI settembre, 115 - 61121 Pesaro, oppure scrivendo all'indirizzo di posta elettronica [*pesaro.urbino@cert.ordine-opi.it*](mailto:pesaro.urbino@cert.ordine-opi.it)

La presente informativa sarà soggetta ad aggiornamenti.

FIRMA PER PRESA VISIONE

Allegato n. 5

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

TITOLARE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Ordine Delle Professioni Infermieristiche di Pesaro Urbino secondo le finalità riportate di seguito: Esecuzione di un compito di pubblico interesse.

FINALITÀ PER LE QUALI NON È RICHIESTO CONSENSO

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso
- : Esecuzione di un compito di pubblico interesse

CONDIZIONI PER CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Origini razziali (Dati sensibili) e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È necessario per motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri, che deve essere proporzionato alla finalità perseguita, rispettare l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevedere misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato

CONDIZIONI PER DATI RELATIVI A CONDANNE PENALI E REATI

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli relativi a condanne penali e reati (art. 10 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Dati relativi a condanne penali e reati e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti alle categorie suddette è possibile poiché ricade nelle condizioni previste dalla citata norma e:
Legge n.183 del 2011 in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico.
Decreto 8 Febbraio 2013, n.34 del Ministero della Giustizia. Il trattamento non è svolto sotto il controllo dell'Autorità Pubblica

Località e data: _____

Firma dell'interessato
