



**ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DI PADOVA**

COMUNICAZIONI INERENTI LA LIBERA PROFESSIONE

Il presente modulo va inviato via **PEC** a **padova@cert.ordine-opi.it**

19/03/2021

Il presente modulo può essere utilizzato per la comunicazione:

- di inizio o di cessazione dell'attività libero professionale
- dei dati acquisiti successivamente (N.iscr.ENPAPI, Polizza Assicurativa)
- delle variazioni relative ai dati professionali.

i campi si intendono obbligatori naturalmente se in possesso dei requisiti richiesti

- **nel caso di Partita Iva individuale inviare in allegato copia del CERTIFICATO DI ATTRIBUZIONE rilasciato dall'Ufficio delle Entrate**
- Se associati ad uno Studio o Cooperativa non riportare P.Iva degli stessi

Oggetto della comunicazione:

- inizio attività libero professionale (allegare certificato apertura)
- cessazione attività libero professionale (allegare certificato di cessazione)
- variazione dati di residenza, riferimento Tel., ecc.
- comunicazione riferimenti ENPAPI
- comunicazione riferimenti Polizza Assicurativa

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome	
Luogo e Data di nascita	
Professione	<input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Infermiere Pediatrico
Specializzazioni	<input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/> Laurea specialistica <input type="checkbox"/> Master _____ <input type="checkbox"/> Altro _____
N. iscrizione albo	
Iscritto altro Ordine Prof.ni Inf.che	OPI _____ N. Iscrizione _____
Residenza	
N. Telef.fisso e cellulare	
e-mail	

DATI PROFESSIONALI (dati obbligatori)

Possesso di P. IVA individuale	n.° _____ Dal _____ (gg, mm,aa)
Associazione a uno Studio Professionale	Denominazione Studio _____
Associazione a una Cooperativa	Denominazione Cooperativa _____
Esercizio libero professionale in altra forma	Descrivere l'attività _____

ENPAPI (dati obbligatori)

N. di iscrizione a ENPAPI	dal _____
Iscrizione a ENPAPI in corso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì inviata il _____

POLIZZA ASSICURATIVA (dati obbligatori)

POLIZZA FNOPI	dal _____
Altra polizza (denominazione)	_____ dal _____

Ambito prevalente delle esperienze professionali maturate:

<input type="checkbox"/> Area Anziani <input type="checkbox"/> Area Assistenza Domiciliare <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e dello Sport <input type="checkbox"/> Area Medica <input type="checkbox"/> Area Chirurgica <input type="checkbox"/> Area Polispecialistica	<input type="checkbox"/> Area Handicap <input type="checkbox"/> Ambulatorio MMG/PLS <input type="checkbox"/> Coordinamento e/o Formazione <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
--	--

Sede di intervento (attuale e/o futura)

<input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Hospice <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare <input type="checkbox"/> Medicina del lavoro <input type="checkbox"/> Ambulatorio Infermieristico	<input type="checkbox"/> Poliambulatorio <input type="checkbox"/> Ambulatorio MMG/PLS <input type="checkbox"/> Centro di formazione _____ <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
--	--

Tipologia di intervento

<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica di base <input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica in area specialistica <input type="checkbox"/> Consulenza in ambito socio sanitario e/o assistenziale (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Informatore tecnico – scientifico	<input type="checkbox"/> Coordinamento e gestione dell'assistenza infermieristica <input type="checkbox"/> Docenza <input type="checkbox"/> Coordinamento di percorsi formativi <input type="checkbox"/> Tutoraggio <input type="checkbox"/> Direzione <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
--	---

Ambito territoriale di intervento

<hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Altre Province (specificare) <hr/>
	<input type="checkbox"/> Altra Regione (specificare) <hr/>

Informativa sul trattamento di dati personali (Artt. 13-14 Regolamento Europeo n. 679/2016 – D.lgs. n. 196/2003 novellato dal D.lgs. n. 101/2018)

In questo spazio non riusciamo a comunicarVi l'informativa relativa ai trattamenti che Vi riguardano ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 ma brevemente vi informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento da parte degli incaricati della Scrivente esclusivamente ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati, per la creazione di un archivio (elenco) ai fini dell'invio (via e-mail, fax, sms, Whatsapp, mezzo posta) dell'elenco dei Liberi Professionisti iscritti nell'Albo Professionale di OPI, per rispettare gli obblighi di legge o per avviare attività formative (vedere informativa estesa privacy messa a Vs. disposizione presso la ns. segreteria e sul sito internet). L'elenco di cui sopra verrà pubblicato sul sito internet di OPI Padova. Essi saranno conservati su supporto cartaceo ed elettronico per il periodo necessario per l'espletamento delle pratiche relative al servizio e comunque non oltre i termini di legge. E' possibile in qualsiasi momento prendere visione dei dati raccolti, chiederne la rettifica o revocare il consenso ove previsto, presentare reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy). Il titolare del trattamento dati è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Padova (OPI Padova, via G. Rossa 35 Roncaglia di Ponte san Nicolò Padova) al quale è possibile rivolgersi per ottenere/visionare l'informativa estesa nonché per esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 e/o per eventuali chiarimenti in materia di tutela dati personali. Il Titolare del trattamento ha nominato Responsabile della Protezione dei Dati il Sig. Nicola Ghinello che può essere contattato ai seguenti recapiti: telefono +39 348 3165267, e-mail: nicola.ghinello@dpo-rpd.com.

Acconto il trattamento per attività formative/informative: **SI** **NO**

Acconto alla pubblicazione dei dati (visione/cessione dati a terzi): **SI** **NO**

Firmando la presente dichiaro di aver letto l'informativa privacy messa a disposizione.

Data _____

Firma per accettazione _____