

Spazio riservato alla segreteria

Progressivo  
interno

N°

Annotazioni:

Protocollo

Richiesta di **Esonero** dagli Obblighi  
**Formativi** per gli iscritti all'Albo degli  
Assistenti Sociali della Basilicata

All' Ordine Regionale degli  
Assistenti Sociali della Basilicata  
Via della Chimica, 61  
POTENZA

.....I..... sottoscritt....., nat..... a  
..... Prov..... il.....,

iscritto all'Albo degli Assistenti Sociali di codesto Ordine

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 6 del Regolamento sulla Formazione Continua degli Assistenti Sociali e degli Assistenti Sociali Specialisti approvato in data 24/10/2009, e dell'art. 9.2 delle Linee Guida Operative per la sperimentazione della Formazione Continua degli Assistenti Sociali:

**CHIEDE**

L'ESONERO:  TOTALE  PARZIALE DEGLI OBBLIGHI FORMATIVI PREVISTI PER GLI ASSISTENTI SOCIALI DELLA BASILICATA PER L'ANNO .....

A tal proposito, consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del D.P.R. 445/2000 del 28/12/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

*a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazioni ( art. 46 d.p.r. 445 /2000) e /o a titolo di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ( Art. 47 d.p.r. 445/2000) :*  
*(barrare la voce che interessa):*

di essere in astensione obbligatoria/facoltativa per **MATERNITA'** dal..... al.....  
Data del parto: ..... Data del rientro (previsto): .....

di aver subito un **GRAVE INFORTUNIO o MALATTIA** che comporta un interruzione dell'attività non inferiore ai 6 mesi A decorrere da .....

Firma (\*\*)



- di avere la seguente situazione lavorativa : IMPIEGO PART-TIME** per N° ..... ore alla settimana con contratto dal ..... al .....
- di essere in stato di DISOCCUPAZIONE** dal ..... al .....
- di dover provvedere all' ASSISTENZA DEI FAMILIARI** (con riconoscimento ex LEGGE 104/92 ART.3) **E FIGLI MINORI** (0-3 anni Legge 151/2001)
- di aver subito una INTERRUZIONE DAL LAVORO** per un periodo non inferiore ai sei mesi dal ..... al .....
- di aver compiuto al 01.01.2010 il 35° anno di esercizio professionale**

Allega, anche ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del d.p.r. 445/2000, i seguenti documenti

(1) *Doc. di riconoscim. tipo* ..... *N°* ..... *rilasciato il* .....

Allega inoltre a titolo volontario i seguenti documenti esplicativi di quanto dichiarato (\*)

- (1) .....
- (2) .....
- (3) .....
- (4) .....
- (5) .....
- (6) .....
- (7) .....

Luogo e data ....., .....

**Firma** .....

.....I..... sottoscritt....., dichiara altresì di aver ricevuto adeguata informativa scritta ai sensi dell'Art. 13 del D.lgs 196 /2003 e di

autorizzare  non autorizzare, con la sottoscrizione in calce, il trattamento dei dati forniti con la presente e con ogni altra scheda informativa allegata.

Luogo e data ....., .....

**Firma** .....



**AVVERTENZE:**

*Il presente modulo deve essere inviato tramite una casella Posta Elettronica Certificata all'indirizzo [croas.basilicata@cnoas.postecert.it](mailto:croas.basilicata@cnoas.postecert.it) completo di eventuali allegati (obbligatori e volontari) . Nel caso in cui il richiedente non disponesse (\*\*\*) di una casella di Posta Elettronica Certificata, il file completo di allegati potrà comunque trasmesso via posta elettronica standard allo stesso indirizzo di cui sopra, ma dovrà anche essere stampato e inviato (debitamente firmato) tramite fax insieme a tutti gli allegati al numero 0971/489753 o via raccomandata all'indirizzo : Ordine degli Assistenti Sociali della Basilicata – Via della Chimica, 61- 85100 POTENZA.*

*(\*) eventuale documentazione allegata ( anche in fotocopia) non è obbligatoria ai sensi delle leggi vigenti è tuttavia consigliata , laddove già disponibile bile al fine di velocizzare l'iter per la deliberazioni correlate alla presente richiesta.*

*(\*\*) In virtù della presenza di dati autocertificati ai sensi del DPR 445/200 i modulo deve contenere una firma per ogni pagina.*

*(\*\*\*) Si rammenta che Il D.L. 185/2008 così come convertito dalla Legge 2/2009 recita all'Art. 16 comma 7 che ogni professionista è obbligato a comunicare al rispettivo Ordine il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata si pregano pertanto gli iscritti che non lo avessero ancora fatto di comunicare all'Ordine il proprio indirizzo di Posta elettronica certificata o , in alternativa, di contattare la segreteria per chiarimenti .*



### Informativa ex art. 13, D. Lgs 196/2003

I dati personali conferiti saranno trattati dall' **Ordine Regionale degli Assistenti Sociali della Basilicata Potenza Via della Chimica, 61 – 85100 Potenza** (nel seguito: "Ordine") – titolare del trattamento – al fine di espletare le operazioni relative alla gestione dell'Albo medesimo previsti dalla legge n. 84 del 23 marzo 1993 e successive modificazioni e/o integrazioni e da tutte le norme in materia di esercizio della professione di Assistente Sociale che dovessero essere emanate in futuro nonché per il perseguimento dei propri scopi istituzionali.

In particolare i dati forniti, saranno trattati al fine di:

- (1) *verificare la sussistenza dei requisiti per la iscrizione all'Albo;*
- (2) *formare ed aggiornare l'Albo Professionale provvedendo alle occorrenti variazioni, ivi compresa la cancellazione conseguente a procedimento disciplinare;*
- (3) *gestire i rapporti con l'Ordine Regionale degli Assistenti Sociali della Basilicata, ivi comprese le attività connesse all'elezione del Consiglio dell'Ordine ed alla convocazione di assemblee, riunioni, seminari o altri eventi gestiti direttamente dall'Ordine ;*
- (4) *applicare il regolamento della formazione professionale continua dell'Assistente Sociale, approvato dal Consiglio Nazionale (eventi formativi e attribuzione dei crediti formativi);*
- (5) *scopi istituzionali di informazione agli iscritti, di ricerca ed analisi della evoluzione della professione, attraverso elaborazioni statistiche ed anonime, nonché di individuazione di soggetti aventi particolari caratteristiche culturali e/o di specializzazione richieste da enti, aziende e soggetti privati ;*

Il trattamento dei dati avverrà manualmente e con strumenti elettronici, anche attraverso l'utilizzo di metodologie di analisi statistica.

I dati, il cui conferimento è **obbligatorio** in quanto devono essere necessariamente inseriti nell'Albo Professionale, risultano: cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza e l'indirizzo di posta elettronica certificata, la data ed il numero di iscrizione, il titolo professionale e di studio in base al quale l'iscrizione è stata disposta nonché l'indicazione dell'Ordine di provenienza. I restanti dati, comunicati con la richiesta di iscrizione o attraverso schede informative contestuali o successive alla richiesta di iscrizione o a qualsiasi altra istanza rivolta all'Ordine, laddove non implicitamente necessarie per l'evasione dell'istanza hanno valore di conferimento facoltativo, ma sono utili al titolare per il raggiungimento degli scopi istituzionali di cui al precedente punto (5).

Ai sensi dell'art. 19, comma 1, D. Lgs. 196/2003, i dati personali possono essere trattati per le predette finalità dall'Ordine, in quanto soggetto pubblico, senza il consenso dell'interessato.

Per i fini istituzionali dell'Ordine – in particolare per i fini di cui ai punti (1) e (2) - potranno essere trattati anche dati sensibili (come definiti dall'art. 4, comma 1, lettera d), d. lgs. 196/2003: dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni religiose, filosofiche, politiche o sindacali, nonché i dati atti a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale) e dati giudiziari (come definiti dall'art. 4, comma 1, lettera e), d. lgs 196/2003: dati personali idonei a rivelare provvedimenti di cui all'art. 3, comma 1, lettere a-o, r-u, dpr 313/2002 in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato ai sensi degli artt. 60-61, cod. procedura penale): il trattamento potrà avvenire senza il consenso dell'interessato, ai sensi degli artt. 20 e 21, d. lgs. 196/2003.

I dati personali saranno comunicati al Ministero della Giustizia, al Consiglio Nazionale degli Assistenti Sociali, ai Capi della Corte di Appello, dei Tribunali e delle Preture del distretto, nonché agli altri Consigli dell'Ordine degli Assistenti Sociali, ai fini di ottemperare a quanto disposto D.P.R. 615/1994 in materia di tenuta dell'Albo professionale.



Ai sensi dell'art. 61, comma 2, d. lgs. 196/2003, i dati – diversi da quelli sensibili e giudiziari - che devono essere inseriti nell'Albo potranno essere comunicati a soggetti pubblici o privati, anche mediante reti di comunicazione elettronica (sito Internet dell'Ordine), nonché potranno essere resi noti provvedimenti che dispongono la sospensione o che incidono sulla professione.

Qualora l'iscritto lo richieda tramite il modulo allegato, l'Ordine **potrà integrare i dati necessari per la formazione dell'Albo** con altre informazioni professionali e comunicare a terzi notizie sulla specializzazione professionale e la disponibilità a ricevere incarichi.

Per i suddetti fini, i dati conferiti saranno trattati anche da soggetti terzi, preposti dall'Ordine all'erogazione di servizi e che agiranno in qualità di responsabili del trattamento ed il cui elenco è disponibile su richiesta presso la succitata sede del titolare.

I dati conferiti saranno messi a conoscenza delle seguenti categorie di incaricati: addetti alla tenuta dell'Albo al servizio di segreteria e rapporti con gli iscritti, all'amministrazione, alla organizzazione di convegni e seminari nel contesto del programma di formazione professionale continua, ai servizi informatici e sistemi di sicurezza dei dati.

Ai sensi dell'art. 7, d. lgs 196/2003, potranno essere esercitati i relativi diritti, fra cui consultare, modificare, aggiornare integrare, i dati e , unicamente per i dati il cui conferimento è facoltativo e non deriva da esplicite o implicite disposizioni di legge, cancellare od opporsi al loro trattamento.

La cancellazione e il blocco del trattamento dei dati potranno essere ottenuti rivolgendosi alla Segreteria dell'Ordine. La cancellazione o blocco del trattamento dei dati verranno effettuati ,in via temporanea, con effetto immediato previa successiva ratifica da parte del Consiglio dell'Ordine . Analogo procedimento potrà essere ottenuto per tutti quei dati il cui trattamento è effettuato in violazione di precise disposizioni di legge.

Si informa inoltre che in applicazione del comma 7 dell'Art. 16 del D.L 185/2008 convertito con modifiche con la legge N° 2/2009 quest'Ordine provvederà a pubblicare, in apposito elenco riservato consultabile in via telematica, l'indirizzo di **Posta elettronica certificata** di tutti gli iscritti.

***La presente informativa va trattenuta dal dichiarante.***



**Dichiarazione di presa visione informativa D. Lgs. 196/2003 (Privacy) e richiesta di integrazione dati**  
( da trasmettere all'Ordine a mezzo Posta o a mezzo fax al N.ro 0971/489783)

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione della informativa relativa al trattamento dei dati personali e autorizza, con la sottoscrizione della presente, il trattamento e la trasmissione ad enti terzi , di tutti i dati obbligatori e facoltativi comunicati con moduli di iscrizione e/o schede informative ivi inclusa la presente scheda. Comunica inoltre i seguenti dati integrativi :

(1) RESIDENZA: Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

(2) DOMICILIO (solo se diverso dalla residenza)

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

autorizzo diffusione  SI  
 NO  
 SI , ma non su sito Internet  
 ALTRO (specificare) .....

Corrispondenza : al Domicilio  alla Residenza

(3) numero di telefono abitazione \_\_\_\_\_

autorizzo diffusione  SI  
 NO  
 SI , ma non su sito Internet  
 ALTRO (specificare) .....

(4) numero di Fax \_\_\_\_\_

autorizzo diffusione  SI  
 NO  
 SI , ma non su sito Internet  
 ALTRO (specificare) .....

(5) numero di telefono cellulare \_\_\_\_\_

autorizzo diffusione  SI  
 NO  
 SI , ma non su sito Internet  
 ALTRO (specificare) .....

**Dato importantissimo**

6) indirizzo email \_\_\_\_\_

autorizzo diffusione  SI  
 NO  
 SI , ma non su sito Internet  
 ALTRO (specificare) .....

Firma \_\_\_\_\_



## ESERCIZIO PROFESSIONE

( i dati relativi all'esercizio professionale hanno unicamente valenza statistica, sono pertanto IMPORTANTISSIMI per l'attività dell'Ordine e NON verranno comunicati all'esterno )

- in cerca di prima occupazione                       disoccupato (chi ha perso il lavoro, si è licenziato o il cui contratto è scaduto)
- libero professionista (possessore di partita IVA)     ritirato dal lavoro (pensionato, non esercitante)

### Lavoratore a contratto: tipologia di contratto

- co.co.co     co.co.pro     incarico di alta specializzazione     socio di cooperativa
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Ente di appartenenza** \_\_\_\_\_  Pubblico     Privato

Sede Legale (indirizzo, città, prov) \_\_\_\_\_

Sede di Lavoro (indirizzo, città, prov) \_\_\_\_\_

Telefono lavoro \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

**Lavoratore dipendente:**                       a tempo pieno                       a tempo ridotto o part-time

**Tipo contratto:**                                       indeterminato                       a termine

### Contratto di lavoro applicato:

- Ente locale     Sanità pubblica     Sanità privata     Ministero     Università     Parastato
- Cooperativa     Contratti privatistici (specificare) \_\_\_\_\_  altro \_\_\_\_\_

**Livello di Inquadramento:** (Es: D1, D2... specificare) \_\_\_\_\_

**Settore di lavoro:** (specificare) \_\_\_\_\_

- Funzioni:**     assistente sociale di base                       coordinatore di area o unità operativa
- responsabile Ufficio di Piano                       responsabile di servizio
- dirigente     docente
- direttore di servizio                                       altro (specificare) \_\_\_\_\_

### Eventuali incarichi:

- Consulente Tecnico d'Ufficio iscritto all'Albo dei consulenti     Giudice onorario
- Commissario in commissioni medico legali                       altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Ai fini della Revisione dell'Albo prevista dall'art.2 comma 3 del D.M. 615/94, il sottoscritto dichiara e autocertifica, ai sensi del D.P.R. 445 del 28.12.2000, che i dati contenuti nel presente modulo corrispondono a verità.**

Potenza, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Firma \_\_\_\_\_