

Spazio riservato alla segreteria

Progressivo interno N°	Annotazioni:	Protocollo
-------------------------------	---	------------

Bollo € 16,00

Modulo di richiesta Iscrizione alla Sezione A dell'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.....,
CHIEDE

di essere iscritt..... nella **Sezione A dell'Albo degli Assistenti Sociali della Regione Basilicata**, in attuazione del D.P.R. 05.06.2001 N° 328 (*pubblicato sul supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale N°190 del 17.08.2001*).

.....I..... sottoscritt....., inoltre, 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)

1. di essere residente a..... Prov.....

CAP..... indirizzo.....

(*) Tel. N°..... (*) Cell..... (*) indirizzo

e-mail..... (*) di avere il seguente

numero di codice fiscale.....;

di essere cittadin..... (*indicare la nazionalità*);

2. di essere di buona condotta morale e civile;
3. di non aver riportato condanne penali;
4. di non avere condanne passate in giudicato per delitti che comportino l' interdizione dalla professione di Assistente Sociale ;
5. di non essere iscritt..... nè di aver presentato domanda di iscrizione in Albi degli Assistenti Sociali di altre Regioni;
6. di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Firma (*)

laurea Specialistica classe **57/S** in **Programmazione e Gestione delle Politiche dei Servizi Sociali**, conseguita presso l'Università degli Studi " " con sede in in data con voti (*).....;

laurea Magistrale classe **LM- 87** in **Servizio Sociale e Politiche Sociali**, conseguita presso l'Università degli Studi " " con sede in in data con voti (*).....

laurea Sperimentale in Servizio sociale o *(indicare la denominazione equivalente)* in " " secondo l'ordinamento previgente all'entrata in vigore del DPR 328/2001 presso l'Università... degli Studi " " con sede in in data con voti (*).....

(il possesso di questo tipo di laurea esonera il richiedente, ai sensi dell'Art. 24 DPR 328/2001, dal possesso dell'esame di abilitazione di cui al successivo punto 7.

Oppure

6 bis. di aver svolto, alla data del 2 settembre 2001, 5 anni di compiti e funzioni dirigenziali di cui all'Art. 21 comma 1 del DPR 328/2001 così suddivisi:

Ente dal giorno al giorno

(il possesso di questo titolo esonera il richiedente, ai sensi dell'Art. 24 DPR 328/2001, dal possesso dell'esame di abilitazione di cui al successivo punto 7)

7. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Assistente Sociale Sez. **A**, previo superamento dell' esame di Stato presso l'Università degli Studi di nella *(prima o seconda)* sessione dell'anno e di essere in regola con il versamento delle tasse regionali di cui all'Art. 190 R.D. 1592/1933 e successive modificazioni ed integrazioni per il rilascio del titolo di abilitazione ;

DICHIARA,

a titolo di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, (Art. 47 d.p.r. 445/2000) :

(barrare la voce che interessa):

di non essere pubblico dipendente;

di essere pubblico dipendente presso non autorizzato all'esercizio della libera professione;

- di essere pubblico dipendente presso
autorizzato all'esercizio della libera professione (*allegare autorizzazione dell'Ente di appartenenza*) ;
- di essere pubblico dipendente presso
con rapporto di lavoro a tempo parziale e quindi autorizzato all'esercizio della libera professione;
- di essere pubblico dipendente nel SSN presso
autorizzato all'esercizio della libera professione *intra moenia* (*allegare fotocopia autorizzazione o fotocopia richiesta di autorizzazione*);

si impegna a **segnalare tempestivamente**, nei modi dovuti, qualsiasi **variazione di residenza** e/o domicilio, modifica o perdita di diritti, **modifica dello status lavorativo**;

Dichiara 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 , non obbligatori, forniti con la presente e con ogni altra scheda informativa allegata.

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

- 1) *fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;*
- 2) *fotocopia tesserino del codice fiscale/Tessera Sanitaria ^(**) ;*
- 3) *attestazione di versamento di € 168,00 effettuato sul c/cp N° 8003 (Agenzia della entrate – Centro operativo di Pescara - Tasse concessioni governative) Tipo versamento: "Rilascio" - Codice Tariffa "8617"*
- 4) *Ricevuta di pagamento di € 140,00 a mezzo versamento tramite Sistema PagoPA (vedi home page del sito dell'Ordine al link <https://www.croasbas.it/pagopa/> ↳ **clicca sul logo PagoPa** ↳ genera il PagoPA con i tuoi dati selezionando nel campo Codice Tributo la voce **Tassa iscrizione Albo sezione A**)*
- 5) *modulo di comunicazione del proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata **obbligatoria** a i sensi del D.L. 185 /2010 ^{***} CONSULTARE CON ATTENZIONE LA LEGENDA IN MERITO*
- 6) *scheda dati aggiuntivi ^(*)*
- 7) *n° 2 foto formato tessera identiche di cui una autenticata (l'autentica può essere effettuata presso la segreteria dell'Ordine). ^(****)*
- 8) *attestato di firma autenticata (l'autentica può essere effettuata anche presso la segreteria dell'Ordine). ^(****)*

Luogo e Data

Firma

LEGENDA

(*) i dati così contrassegnati **non** sono obbligatori ma fortemente consigliate pertanto **NECESSARI**, per migliorare l'attività dell'Ordine.

(**) In virtù della presenza di dati autocertificati ai sensi del DPR 445/2000 il modulo deve contenere una firma per ogni pagina.

(**) Nel caso in cui il Documento di identità di cui al punto 1 sia del nuovo Tipo (cd Carta Identità Elettronica) si può evitare di allegare fotocopia del Tesserino del Codice Fiscale.

(***) 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.

NON Sono valide le caselle tipo@postacertificata.gov.it rilasciate dallo Stato perché vengono rifiutate dal Ministero dello Sviluppo Economico (INI PEC) cui vanno comunicate obbligatoriamente !!

L'Ordine degli Assistenti Sociali della Basilicata per offrire un servizio più efficiente ha deliberato di assegnare a tutti i propri iscritti una Casella di Posta Elettronica Certificata facendosi carico anche dei relativi costi (almeno inizialmente). Per l'attivazione della PEC offerta dall'Ordine compilare il Modulo_Adesione_PEC_Aruba.

Qualora l'iscritto sia già dotato di una casella di Posta Elettronica Certificata, a cui non intenda rinunciare, può utilizzare la stessa anche per le comunicazioni con l'Ordine purché la comunichi ufficialmente tramite il modulo allegato. Si precisa che le comunicazioni tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) sostituiscono a tutti gli effetti le comunicazioni cartacee spedite a mezzo Posta Raccomandata conservandone la stessa validità legale (fatti salvi obblighi tributari e/o di autentica di Firma laddove necessaria). Si invitano pertanto tutti gli iscritti a consultare costantemente la propria Casella di Posta Elettronica Certificata.

(****) Le foto e la firma autenticate presso l'Ordine o nei modi consentiti dalla legge **NON** sono essenziali per l'ottenimento dell'iscrizione ma sono **necessari** per consentire il rilascio del **tesserino di iscrizione all'Ordine**.

Annotazioni segreteria

- Verifica regolarità formale e documentale: data firma
- Verifica conformità con leggi e regolamenti: data firma
- Verifica definitiva Consigliere : data firma

Verifiche e conferme (Art.43 e 71 del D.P.R. 445/2000) e comunicazioni obbligatorie

Laurea Magistrale : Richiesta Prot. Conferma Prot.

Dati anagrafici e civili : Richiesta Prot. Conferma Prot.

Carichi pendenti e Casell. : Richiesta Prot. Conferma Prot.

Comunicazione INI PEC : Invio Prot. Conferma Prot.

Annotazioni :

.....
.....



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 le 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)

Il 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 _____



Comunicazione obbligatoria indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata)

.....I..... sottoscritt..... Ass. Soc.

iscritt..... nella Sezione dell'**Albo degli Assistenti Sociali della Basilicata**

residente nel comune di

Indirizzo

comunica qui di seguito il proprio indirizzo di **Posta Elettronica Certificata** su cui ricevere tutte le comunicazione ufficiali da parte dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Basilicata:

_____@_____

Data

.....
(Firma)

Autorizzazione al trattamento dei dati (Legge 196/2003)

.....I..... sottoscritt..... Ass. Soc.

autorizza L'Ordine degli Assistenti Sociali della Basilicata all'utilizzo e al trattamento dei dati summenzionati e degli altri dati personali di cui dovesse risultare già in possesso, ai sensi di quanto previsto dalla legge 196 del 2003 successive modificazioni e integrazioni per il conseguimento degli scopi statutari e per i fini derivanti dall'obbligo di appartenenza ad una associazione sindacale. Autorizza altresì l'Ordine degli Assistenti Sociali della Basilicata, Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali e le organizzazioni ad essa collegate , sia di tipo locale che nazionale, a comunicare i dati a enti terzi o società private sempre e solo nell'ambito del conseguimento degli scopi statutari o nell'ambito di specifiche attività o iniziative autorizzate e/o organizzate dall' Ordine della Basilicata e purché tale comunicazione (laddove non obbligatoria per legge) non sia lesiva o dannosa per il titolare dei dati stessi.

Data

.....
(Firma)

(COMPILARE E INVIARE a mezzo mail ordinaria all'indirizzo ordassist@tiscali.it

oppure a mezzo PEC all'indirizzo protocollo@pec.oasb.it)

(ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA')

A cura del Partner Aruba Pec

Compilare in Stampatello

Ragione Sociale

P. Iva

Legale Rappresentate (Nome Cognome)

Timbro

Firma

Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

Il Richiedente, con il presente modulo di adesione compilato e sottoscritto in ogni sua parte, si impegna a concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata) con la società Aruba PEC ed il Partner sopra individuato, ai termini ed alle condizioni indicate nelle **"Condizioni Generali di Contratto"** e nel **"Manuale Operativo"** disponibili alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare.

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a Il ____/____/____

A _____ Pr (____) Cod.Fisc _____

Residente a _____ Pr (____)

In Via/Piazza _____ Nr° _____

Nazionalità _____ Telefono _____ Fax _____

E-Mail _____ @ _____

Documento identità (da allegare alla presente): Carta d' Identità Patente Passaporto

Numero Documento _____ Rilasciato da _____ In Data ____/____/____

Lì _____ Data _____ Firma _____

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c. si dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le clausole seguenti: 3. Conclusione del contratto; 4. Requisiti; 6. Livelli di servizio; 8. Obblighi, divieti e responsabilità del Titolare della Casella Pec; 9. Limitazioni di responsabilità del Gestore; 13. Cambi di proprietà e modifiche ai dati; 14. Clausola risolutiva espressa; 15. Recesso; 16. Accordi particolari fra il Cliente ed il Partner; 17. Rinvio al manuale operativo; 20. Foro competente.

Lì _____ Data _____ Firma _____

Manifestazione Di Consenso Al Trattamento Dei Dati Personali

Preso atto dell'Informativa art. 13 legge 196/2003 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.

Lì _____ Data _____ Firma _____