



ISCRIZIONE AL REGISTRO PROFESSIONALE UNICO NAZIONALE delle Professioni Sanitarie e Socio-Sanitarie Migep OSS PROFESSIONISTI DELL'ASSISTENZA

DOCUMENTI DA ALLEGARE INSIEME AL MODULO DI ISCRIZIONE

- ☐ COMPILARE IN OGNI SUA PARTE IL MODULO DI ISCRIZIONE
- ☐ ALLEGARE RICEVUTA DEL VERSAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA

€ 32,00 anno solare iscrizione registro più consulenza - sconti sui servizi 730

BOLLETINO POSTALE PER UNICA SOLUZIONE

(conto corrente postale 45582111 intestato Migep)

NUMERO CONTO CORRENTE

Banco Posta n° IBAN IT 67 Q076 0101 0000 0004 5582 111

INVIARE TUTTO A

SEGRETERIA MIGEP migep2001@libero.it tel 3318672871





MODULO DI ISCRIZIONE AL REGISTRO PROFESSIONALE UNICO NAZIONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE e SOCIO-SANITARIO OSS – PROFESSIONISTI DELL'ASSISTENZA

IL/LA sottoscritt _____ chiede di essere iscritto al Registro Nazionale delle Professioni Socio-Sanitarie istituito dalla Federazione MigeP. Dichiaro/a che la struttura del Registro Professionale tenuta dal MigeP “Federazione delle Professioni Sanitarie e Socio-Sanitarie” ha rilevanza operativa Nazionale e risponde ai requisiti di iscrizione attraverso una quota associativa. Mi impegno a rispettare il Codice Etico poiché rappresenta un modello per la professione

⬇ (specificare la qualifica di appartenenza)

Di appartenere alla seguente categoria _____

A tale fine dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze di natura civile e penale in cui può incorrere in casi di dichiarazioni false o mendaci, che la presente dichiarazione corrisponde al vero. ai sensi dell'art 26, 1° comma e dell'art 2 legge 15-01-1968 n° 15, come modificato dall'art 3 comma 1-2-3-4-11, art 2 comma 1-3-4-7 legge 15-05-1997 n° 127, ed in base al 3° comma art 11 D.P.R. 403/98 e successive modificazioni. Qualora da controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

1. Di essere nat _____ il _____ a _____ prov _____

2. Di essere residente in _____ prov _____

V./ P.ZA/ F.NE / C.SO/ _____ n° _____ int. _____ cap. _____

3. Di essere cittadin. _____

(specificare la qualifica di appartenenza)



4. Di essere in possesso dell'attestato di abilitazione all'esercizio professionale di _____ dal _____

5. Sbarrare la voce interessata

☐ Di non aver riportato condanne penali

☐ Si (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria) _____

6. Numero di codice fiscale _____

7. telefono _____ e mail _____

8. Di essere Pensionata/o e di prestare servizio si no presso _____ città _____

9. Di essere libero professionista si no presso _____ Di essere disoccupato ☐

10. Di essere dipendente presso

☐ L'Asl n° _____ H _____

☐ L' Azienda _____

☐ Struttura Privata _____

☐ Terzo Settore _____

☐ Struttura Residenziale _____

☐ Aziende dei Servizi alla Persona dei vari Comuni Italiani RA _____

☐ Cooperative _____

☐ Territorio/ Servizi Decentrati /Scuola _____

Regione _____ Città _____ Provincia _____

☐ Autorizza/o codesta Federazione M.I.G.E.P. al trattamento dei propri dati personali in base all'art 13 del Dlgs 196/2003 (codice privacy) e del art 13 del nuovo regolamento (UE) 2016/679 GDPR – DLGS 51/2018. Dichiarazione resa e sottoscritta da persona maggiorenne che e' già a conoscenza delle proprie responsabilità penali in caso di dichiarazioni false secondo quanto disposto dall'art 26 della L. 15/68.

1. La Sua e-mail verrà utilizzata per la trasmissione di comunicazioni e informazioni strettamente pertinenti le finalità istituzionali e le attività della federazione stessa. Altresì i dati saranno raccolti nel nostro data base e registrati in modo da consentirne l'accesso solo a soggetti autorizzati. L'informativa completa è disponibile sul sito web del MigeP.

Data _____ Il/LA Dichiarante _____