

Deliberazione N° 121/2016 del 16/12/2016

OGGETTO: Approvazione modifica Moduli di Iscrizione Sez. A e Sez. B e Cancellazione dall'Albo Professionale

Il Consiglio dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Liguria, nella seduta del 16 dicembre 2016 presenti i sotto indicati Consiglieri:

<i>Presidente</i>	Paola Cermelli	Sez. A	Px	A_
<i>Vice Pres.</i>	Michela Parodi	Sez. A	Px	A_
<i>Segretario</i>	Giovanni Cabona	Sez. A	Px	A_
<i>Tesoriere</i>	Maurizio Tarassi	Sez. A	Px	A_
<i>Consigliere</i>	Chiara Barbieri	Sez. B	P_	Ax
<i>Consigliere</i>	Enrica Chiarini	Sez. B	P_	Ax
<i>Consigliere</i>	Maria Deidda	Sez. A	P_	Ax
<i>Consigliere</i>	Federica Fragomeni	Sez. B	P_	Ax
<i>Consigliere</i>	Cristina Lodi	Sez. A	P_	Ax
<i>Consigliere</i>	Laura Roccati	Sez. A	Px	A_
<i>Consigliere</i>	Sonia Rossi	Sez. A	Px	A_

Vista la legge 23 marzo 1993, n. 84;

Visto il D.M. Grazia e Giustizia 11 ottobre 1994, n. 615;

Visto il D.P.R. 8 luglio 2005 n.169;

Vista la L. 8 febbraio 1948 N. 47;

Visto il proprio vigente Regolamento di funzionamento;

Visto il Verbale n.10/2016 del Consiglio dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Liguria del 28/10/2016 nel quale si proponeva di procedere all'apertura di casella di posta elettronica certificata per tutti i nuovi iscritti all'atto dell'iscrizione;

Considerato il fatto che si verificano sempre più richieste di cancellazione per cambio di attività degli iscritti e constatato che in alcune circostanze non si tratta di un vero e proprio cambio di profilo professionale, ma di mansioni sempre all'interno dello stesso ente;

Ritenuto doversi apportare pertanto alcune modifiche alla modulistica inerenti da una parte, per quanto riguarda l'atto di iscrizione, nell'aggiunta della richiesta di attivazione della posta elettronica certificata contestualmente all'iscrizione; dall'altra per quanto riguarda l'atto della cancellazione nell'introduzione di una specifica dichiarazione di cambio di profilo professionale in caso di cancellazione per cambio di attività, così come dai modelli allegati, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

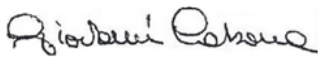
DELIBERA

con voti favorevoli: SEI, contrari: NESSUNO, astenuti NESSUNO

di procedere all'aggiornamento del Modulo di iscrizione alla Sez. B dell'Albo Professionale, del Modulo di iscrizione alla Sez. A dell'Albo Professionale e del Modulo di Cancellazione dall'Albo professionale, così come dai modelli allegati, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di dare atto che il presente provvedimento è costituito da 2 pagine e 3 allegati;

Il Segretario
Giovanni Cabona



La Presidente
Paola Cermelli

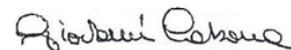


CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Liguria (Sez. Trasparenza del Sito internet) per trenta giorni consecutivi a decorrere dal 19/12/2016

Genova, 26/01/2017

Il Segretario
Giovanni Cabona





**ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI**
Consiglio Regionale
della Liguria

Marca da bollo da

€16,00

Spett.le
Ordine degli Assistenti Sociali
della Regione Liguria
Via P. E. Bensa 2/5a - 16124 Genova
oa Liguria@pec.it

ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI
- SEZIONE B -

Il /La sottoscritto/a _____

CHIEDE

- ☐ Di essere iscritto/a all'Albo degli Assistenti sociali della Regione Liguria (sezione B)¹;
- ☐ Di aderire al Servizio di Posta Elettronica Certificata offerto dall'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Liguria alle condizioni attuali;

E

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 responsabilità².

DICHIARA

- Di essere nato/a a _____ il _____
- Di essere cittadino/a _____
- Di essere residente in:
Città/Paese _____ (prov. _____) CAP _____

¹ L'iscrizione all'Albo Regionale decorre dalla data del provvedimento esplicito (atto deliberativo del Consiglio Regionale) o da quella del provvedimento implicito (silenzio assenso) coincidente, questa, con il trentesimo giorno dalla data in cui la domanda di iscrizione è pervenuta all'Ordine Regionale.

Le domande devono pervenire esclusivamente a mezzo di Posta Raccomandata o consegna a mano.

² La presente dichiarazione 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. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità.

Via/Piazza _____ N° _____

- Che il proprio domicilio è (se diverso dalla residenza):

Città/Paese _____ (prov. _____) CAP _____

Via/Piazza _____ N° _____

- Telefono: _____

- E-mail: _____

- Che le generalità complete sono acquisibili presso l'anagrafe del Comune di

- Che il proprio codice fiscale è:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Di essere in possesso di Diploma di Assistente Sociale/Laurea in Scienze del Servizio

Sociale conseguito presso³ _____

con sede in Via/Piazza _____

a _____ (Prov. _____) a seguito di esame di
diploma sostenuto in data _____;

- Di essere in possesso di abilitazione all'esercizio della professione di Assistente Sociale
conseguita mediante:

- Esame di Stato

Indicare data e Università _____

- Convalida ai sensi del D.P.R. 14/87 art. 3 e s.m.i.

Indicare la sede formativa _____

- Convalida ai sensi del D.P.R. 14/87 art. 4 e s.m.i.

Indicare l'Amministrazione Pubblica o l'Ente privato (Decreto MURST 340/98)

- Convalida ai sensi del D.P.R. 14/87 art. 5 e s.m.i.

Indicare la sede universitaria _____

- Convalida ai sensi del DPR 14/87 art. 6 e s.m.i.

Indicare la scuola _____

³ In alternativa è possibile allegare copia della documentazione comprovante quanto dichiarato.

- Di non aver presentato domanda d'iscrizione ad altro Consiglio Regionale;
- Di non essere sospeso dall'esercizio della professione o radiato da altro Consiglio Regionale;
- Di non aver subito condanne passate in giudicato per reati comportanti l'interdizione dalla professione di Assistente Sociale;
- Di essere a conoscenza dell'obbligo del versamento della quota annua di iscrizione e della esigibilità della stessa anche in caso di trasferimento, sospensione o cancellazione⁴;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambio di domicilio e/o di residenza;
- Di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Ricevuta di versamento di € 168,00 sul c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate – Centro Operativo Pescara - taxa concessione governativa (DPR 634/72 e s.m., DM 20/08/92 e 02/09/92)
- Ricevuta del versamento per taxa di iscrizione all'albo professionale di € 100,00 per i neoiscritti, effettuato a favore di Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Liguria sul **C/C bancario 000001552X93, IBAN: IT 86 U056 9601 4000 0000 1552 X93 Banca Popolare di Sondrio**
- Due fotografie formato tessera.
- Copia del documento di identità.
- Autocertificazione del superamento dell'Esame di Stato
- Modulo di adesione alla Posta Elettronica Certificata⁵

Data_____ li_____

⁴ Le domande di cancellazione devono pervenire, nel rispetto della vigente imposta di bollo, entro il 31/12 dell'anno precedente la sospensione dell'esercizio professionale, diversamente si è tenuti al pagamento dell'intera quota dell'anno a venire.

⁵ Scaricabile dal sito dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Liguria all'indirizzo http://www.oasliguria.org/content/wp-content/uploads/2015/11/ModuloAdesione_ClientePartner-1.pdf

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Dichiaro di concedere il mio assenso alla conservazione e all'utilizzo dei miei dati da parte dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Liguria

a fini della pubblicazione dell'Albo degli Iscritti, per la loro trasmissione, per scopi coerenti con le finalità istituzionali dell'Ordine, ad Enti pubblici che ne facciano richiesta scritta, per l'invio di pubblicazioni e bollettini informativi dell'Ordine.

FIRMA (obbligatoria)

per la comunicazione di iniziative formative, didattiche, informative, culturali, editoriali organizzate da terzi, per comunicazioni relative a concorsi o offerte di lavoro, attraverso la trasmissione dei dati personali a gli enti e alle agenzie che ne facciano motivata richiesta.

FIRMA (facoltativa)

_____ il _____

Marca da bollo da

€16, 00

Spett.le
Ordine degli Assistenti Sociali
della Regione Liguria
Via P. E. Bensa 2/5 a - 16124 Genova
[**oasliguria@pec.it**](mailto:oasliguria@pec.it)

ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI

- SEZIONE A- (D.P.R. 05/06/2001, n. 328)

Il /La sottoscritto/a _____

CHIEDE

- ☐ Di essere iscritto/a alla Sez. A dell'Albo degli Assistenti Sociali della Liguria ai sensi dell'art. 24 del D.P.R. 328/01⁶;
- ☐ Di aderire al Servizio di Posta Elettronica Certificata offerto dall'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Liguria alle condizioni attuali;

E

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 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. 445/2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità⁷

DICHIARA:

- Di essere nato/a a _____ il _____

⁶ L'iscrizione all'Albo Regionale decorre dalla data del provvedimento esplicito (atto deliberativo del Consiglio Regionale) o da quella del provvedimento implicito (silenzio assenso) coincidente, questa, con il trentesimo giorno dalla data in cui la domanda di iscrizione è pervenuta all'Ordine Regionale.

Le domande devono pervenire esclusivamente a mezzo di Posta Raccomandata o consegna a mano.

⁷ La presente dichiarazione 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. La firma non va luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità.

- Di essere cittadino/a _____

- Di essere residente in:
Città/Paese _____ (prov. _____) CAP _____
Via/Piazza _____ N° _____

- Che il proprio domicilio è (se diverso dalla residenza):

- Città/Paese _____ (prov. _____) CAP _____

- Via/Piazza _____ N° _____

- Telefono: _____ Cellulare _____

- E-mai _____

- Che le generalità complete sono acquisibili presso l'anagrafe del Comune di _____

- Che il proprio codice fiscale è:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Di essere in possesso della Laurea in Servizio Sociale conseguita ai sensi della normativa
previgente l'entrata in vigore del D.P.R. 328/01 (Università di Trieste o LUMSSA) conseguita
presso l'Università di _____ il

- Di avere conseguito il Diploma di Laurea Triennale in (*specificare il corso di
studi*) _____ presso
l'Università degli Studi di _____ il

- Di avere conseguito il Diploma di Laurea Specialistica/Magistrale in (*specificare il corso di
studi*) _____ presso

l'Università degli Studi di _____ il

- Di aver superato l'Esame di Stato per l'accesso alla Sezione A il _____ presso l'Università degli Studi di _____ come da certificato o autocertificazione allegati.
- Di essere già iscritto alla Sezione B dell'Albo degli Assistenti Sociali della Liguria.
- Di aver svolto per almeno 5 ANNI, alla data del primo settembre 2001, anche non consecutivi, funzioni dirigenziali ricomprese tra quelle di cui all'Art. 21 comma 1 e Art. 24 del D.P.R. 328/2001:

ATTIVITA'	PERIODO	ENTE PUBBLICO / PRIVATO

- Di non aver presentato domanda d'iscrizione ad altro Consiglio Regionale;
- Di non essere sospeso dall'esercizio della professione o radiato da altro Consiglio Regionale;
- Di non aver subito condanne passate in giudicato per reati comportanti l'interdizione dalla professione di Assistente Sociale;
- Di essere a conoscenza dell'obbligo del versamento della quota annua di iscrizione e della esigibilità della stessa anche in caso di trasferimento, sospensione o cancellazione⁸;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambio di domicilio e/o di residenza;

⁸ Le domande di cancellazione devono pervenire, nel rispetto della vigente imposta di bollo, entro il 31/12 dell'anno precedente la sospensione dell'esercizio professionale, diversamente si è tenuti al pagamento dell'intera quota dell'anno a venire.

- Di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n.196 del 30 giugno 2003, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Per i neoiscritti, ricevuta di versamento di € 168,00 sul C/C postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate - Centro operativo di Pescara - Tasse concessioni governative (DPR 634/72 e s.m., DM 20/08/92 e 02/09/92) + ricevuta del versamento per tassa di iscrizione all'albo professionale di € 100,00, effettuato a favore di **Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Liguria sul C/C bancario 1552X93 presso la Banca Popolare di Sondrio (IBAN: IT 86 U056 9601 4000 0000 1552 X93).**
- Per i già iscritti all'Albo B, ricevuta del versamento di € 20,00 per diritti di segreteria effettuato a favore di **Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Liguria sul C/C bancario 000001552X93 presso la Banca Popolare di Sondrio (IBAN: IT 86 U056 9601 4000 0000 1552 X93).** + ricevuta di versamento di € 168,00 sul C/C postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate - Centro operativo di Pescara - Tasse concessioni governative (DPR 634/72 e s.m., DM 20/08/92 e 02/09/92)
- Due fotografie formato tessera.
- Copia del documento di identità.
- Autocertificazione del superamento dell'Esame di Stato
- Modulo di adesione alla Posta Elettronica Certificata⁹

Data _____ li _____

Firma: _____

⁹ Scaricabile dal sito dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Liguria all'indirizzo http://www.oasliguria.org/content/wp-content/uploads/2015/11/ModuloAdesione_ClientePartner-1.pdf

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiaro di concedere il mio assenso alla conservazione e all'utilizzo dei miei dati da parte dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Liguria:

☐ ai fini della pubblicazione dell'Albo degli Iscritti, per la loro trasmissione, per scopi coerenti con le finalità istituzionali dell'Ordine, ad Enti Pubblici che ne facciano richiesta scritta, per l'invio di pubblicazioni e bollettini informativi dell'Ordine.

FIRMA (obbligatoria) _____

☐ per la comunicazione di iniziative formative, didattiche, informative, culturali, editoriali organizzate da terzi, per comunicazioni relative a concorsi e offerte di lavoro, attraverso la trasmissione dei dati personali ad enti ed agenzie che ne facciano motivata richiesta.

FIRMA (facoltativa) _____

Data _____ li _____

Spett.le Ordine Assistenti Sociali
Consiglio Regionale della Liguria
Via P. E Bensa 2/5a - Genova 16124

oasliguria@pec.it

Marca da bollo da

€ 16, 00

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE
DALL'ALBO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI**

Il /La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ (Prov. _____) CAP _____

Via _____ N° _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ E-mail _____

CHIEDE

Di essere cancellato dall'Albo degli Assistenti Sociali della Liguria¹⁰

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 responsabilità¹¹.

DICHIARA

¹⁰La domanda può essere consegnata a mano o spedita con raccomandata A/R. o Posta Elettronica Certificata

La domanda di cancellazione deve essere presentata entro il 31 dicembre dell'anno in corso, per evitare il versamento della tassa dell'anno successivo.

La cancellazione viene deliberata dal Consiglio Regionale e decorre dalla data di ricevimento della domanda (DM 615/94, art. 10).

Il richiedente riceverà comunicazione scritta dell'avvenuta cancellazione e la stessa verrà comunicata anche al datore di lavoro.

Con la cancellazione, l'ex-iscritto non può più esercitare la professione di Assistente Sociale sia in forma pubblica che privata (Art. 346 c.p.p.).

La cancellazione non estingue i contributi non versati che restano comunque a carico dell'ex-iscritto.

¹¹La presente dichiarazione 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. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità.

- ✓ Di essere iscritto/a all'Albo **A** degli Assistenti Sociali della Liguria con il N° _____;
- ✓ Di essere iscritto/a all'Albo **B** degli Assistenti Sociali della Liguria con il N° _____;
- ✓ Di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 2 della Legge 94/1993, per esercitare la professione di assistente sociale o di assistente sociale specialista è obbligatorio essere iscritti all'Albo Professionale;
- ✓ Di essere in regola con il pagamento dei contributi annuali;
- ✓ Di essere consapevole di dover effettuare preventivamente, qualora ritenuto necessario, il backup dei messaggi contenuti nella casella di posta elettronica certificata sopra indicata come da cancellare ed autorizza, a seguito della presente richiesta, il Consiglio Regionale dell'Ordine degli Assistenti sociali della Liguria, ad effettuare la cancellazione della casella stessa e del relativo contenuto, esonerando il Consiglio Regionale dell'Ordine degli Assistenti sociali da ogni responsabilità al riguardo

COMUNICA

Che la motivazione della richiesta è: ☐ Pensionamento, ☐ Cambio attività¹²

DICHIARA

- ☐ che a far data dal _____ svolge l'attività di _____
 - ☐ che a far data dal _____ il suo nuovo profilo professionale è _____
- _____

ALLEGA:

- ✓ Copia del versamento della quota dell'anno in corso.
- ✓ Copia di un documento d'identità in corso di validità.

Data _____ li ____/____/____

Firma: _____

¹² In caso di cambio attività compilare la sezione successiva con l'indicazione dell'attività svolta. Si rammenta che l'assunzione di funzioni diverse (dirigenza o simili) senza un eventuale cambio di profilo professionale non danno corso alla decadenza della professione di assistente sociale e alla conseguente cancellazione dall'Albo professionale.