

Prot. N° III/1 del / /201

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE
DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
VIA CICERONE N. 23 - 75100 MATERA

La/il sottoscritta/o (cognome) _____ (nome) _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art.. 10 del DPR 5/4/1950 n. 21 l'ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO all'ALBO degli _____ tenuto dal su intestato Ordine OPI per trasferimento dall' Ordine OPI di _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/200)

dichiara ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000

(barrare dove richiesto **solo** le caselle che interessano)

☐ di essere nat_ il ___/___/ 19___ a _____ provincia _____

[illegible]

☐ di essere residente in _____ cap _____ prov. _____

via/piazza _____ n° _____

tel. _____ cell. _____ tel. lav. _____

PEC	E- Mail
-----	---------

☐ Di avere il proprio domicilio professionale in _____ Prov. _____ CAP _____

PEC _____ E- Mail _____

☐ Di essere cittadino

☐ Di godere dei diritti civili. _____

(in caso negativo non barrare la casella e specificare nello spazio)

☐ Di essere in possesso del seguente titolo abilitativo alla professione _____ il _____

☐ Di esercitare la professione come ☐ libero professionista ☐ dipendente ☐ altro

	Di essere iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica)
--	---

☐ Di **non** essere iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica)

Di essere regolamento iscritto all'albo degli _____ tenuto dall' Ordine
OPI di _____ dal ____ / ____ / ____.

☐ Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all' Ordine OPI e alla Federazione Enopi
(articolo 10, lettera c) DPR 5/4/1950 n. 221)

☐ Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica). (articolo 10, lettera c) DPR 5/4/1950 N. 221)

☐ Di **non** aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. – *cosiddetto patteggiamento*)

☐ Di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

☐ di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

A titolo di dichiarazione sostituzione di atto di notorietà dichiara

(art. 47 DPR 445/2000)

- ☐ di **non** essere sottoposto a procedimento disciplinare
- ☐ di **non** essere sospeso dall'esercizio della professione
- ☐ di **non** essere stato cancellato/a per morosità / irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessun albo provinciale

Firma per esteso del dichiarante

Matera, _____

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3 comma 10 della legge 127 '97)

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
Via Cicerone 19-23 75100 Matera

Il sottoscritto : _____ incaricato,

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000,

che il / la Signor/a _____

identificato/a a mezzo di patente/carta d'identità N° _____

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

FIRMA dell'incaricato che riceve l'istanza
