

All'Ordine Professioni Infermieristiche di _____

Il/la Sottoscritto/a _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 21 l'iscrizione per trasferimento all'albo degli
_____ tenuto dal su intestato **O r d i n e** per
trasferimento dall'Ordine Professioni Infermieristiche 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 a _____ Prov. _____
Il _____

☐ Di avere il seguente Codice Fiscale _____

☐ Di essere residente in _____ Prov. _____
CAP _____
Via _____
PEC _____ E-mail _____
Tel. / Cell. _____

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

conseguito presso _____ 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 regolarmente iscritto all'albo degli _____ tenuto dall'Ordine Professioni Infermieristiche di _____ dal ____/____/____.

☐ Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e alla Federazione (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 sostitutiva 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

DATA: _____

FIRMA _____

Ordine Professioni Infermieristiche di _____

Il sottoscritto : incaricato,

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000,

che il/la Signor/a.

identificato/a a mezzo di:

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

FIRMA dell'incaricato che riceve l'istanza
