

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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_