

Riservato segreteria OPI

Protocollo

Marca Da bollo
€ 16,00

All'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di L'AQUILA

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. 05/04/1950 n. 21 l'iscrizione per **TRASFERIMENTO** all'Albo degli _____ tenuto dal su intestato OPI per trasferimento dall' OPI di: _____

Consapevole delle sanzioni penali 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 445/2000).

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. _____
Via _____ CAP _____
Tel./Cell. _____
E-mail _____ PEC _____

di avere il proprio domicilio professionale in _____ Prov. _____
Via _____ CAP _____
Tel./Cell. _____
E-mail _____ PEC _____

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 abilitante 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'OPI di _____ dal ____/____/____

di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all' OPI
(art. 10, lettera c) DPR 05/04/1950 n. 221)

di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi all'ENPAPI (Ente Nazionale di
previdenza e Assistenza della professione infermieristica) (art. 10, lettera c) DPR 05/04/1950 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 radiato/a da
nessun Albo provinciale

Data _____

FIRMA _____

dichiara di essere informato - ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 - che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

L'Aquila, _____

IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autentica della firma e 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.

(da compilare a cura dell'incaricato segreteria OPI)

ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI L'AQUILA

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
