

ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
OPI PESARO-URBINO
DOMANDA DI TRASFERIMENTO



Al Presidente
dell'OPI di Pesaro Urbino
Via Corso XI Settembre, 115
61121 PESARO

Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. n. 21 del 1950 l'iscrizione per trasferimento all'albo deglitenuto dal su intestato Ordine Professioni Infermieristiche per trasferimento dall'Ordine Professioni Infermieristiche. di..... ove è attualmente iscritto/a.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR n. 445/2000) e consapevole d'incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

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

(Barrare solo le caselle che interessano)

- di essere nat. a Prov. il
- di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale
- di essere residente in, Via n°
CAP....., Tel./Cell.....E-mail.....
PEC.....
- di essere cittadino/a
- di godere dei diritti civili,
- di avere il proprio domicilio professionale in..... Prov..... CAP.....
Via.....
- di esser 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 ed Assistenza della professione infermieristica),
- di **non** essere iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza della professione infermieristica),

Corso XI Settembre,115-61121 Pesaro -Tel. 072133615 Fax 072135349 - C.F. 80034370413 www.opipesarourbino.it

Email: info@opipesarourbino.it Pec: pesaro.urbino@cert.ordine-opi.it-

- di essere regolarmente iscritto all'albo degli..... del di..... dal
- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine Professioni Infermieristiche (art. 10 lettera C DPR 5/4/1950 n. 221),
- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAPI,
- 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); in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria
- di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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** esser stato cancellato/a per morosità/irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessun albo provinciale.

Data

Firma

.....

.....



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pesaro Urbino

Il Sottoscritto: Incaricato,

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000

Che il / Signor/a.....

Identificato/ a mezzo di:

Ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

FIRMA dell'incaricato che riceve l'istanza
