

MARCA DA
BOLLO
VIGENTE
€. 16,00

Al Presidente del Ordine Professioni Infermieristiche
della provincia di Pavia

Il/la Sottoscritto/a _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 21 l'iscrizione per trasferimento

all'Albo degli _____

dell'Ordine Professioni Infermieristiche della provincia 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 nato/a a _____

Prov. _____ il _____

Di avere il seguente Codice Fiscale _____

Di essere residente in _____

Prov. _____ CAP _____ Via _____

PEC (scrivere in stampatello) _____

E-mail (scrivere in stampatello) _____

Tel. / Cell. _____

Di avere il proprio domicilio professionale in _____

Prov. _____ CAP _____ Via _____

Di essere cittadino _____

Di godere dei diritti civili. _____

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

(per i cittadini stranieri) Di essere in possesso del permesso di soggiorno dal _____
con scadenza il _____

Di essere in possesso del seguente titolo abilitativo alla professione _____
conseguito presso _____
il _____.

Di esercitare la professione

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 dal Ordine Professioni Infermieristiche _____
dal ___/___/_____. posizione N.

Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti al Collegio 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 dichiarata (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 delle Professioni Infermieristiche della provincia di PAVIA

La sottoscritta:

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

Documenti da allegare:

- Marca da bollo
- Copia documento di riconoscimento non scaduto
- Per i cittadini stranieri copia del permesso di soggiorno
- Copia codice fiscale
- Copia del certificato di iscrizione del Collegio precedente
- Due fotografie formato fototessera