All'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara

Il Sottoscritto _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/04/1950 n. 21 l'iscrizione per trasferimento all' Albo degli _____

Tenuto dal su intestato Ordine della professioni Infermieristiche per trasferimento dall'Ordine delle 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 445/2000)

Dichiara ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/200

(barrare dove richiesto solo le caselle che interessano)

□ di essere nato a _____ prov. _____

il ____/_____/_____

□ di avere il seguente Codice Fiscale _____

□ di essere residente in _____ prov. _____

CAP _____ Via/Piazza _____

PEC _____ E mail _____

Tel/Cell._____

□ di avere il proprio domicilio professionale in _____ prov. _____

CAP _____ Via/Piazza _____

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 OPI di _____ dal _____

□ di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e alla Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (art. 10, lettera c) DPR 5/04/1950 n. 221)

□ di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica). (art. 10, lettera c) DPR 5/04/1950 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 delle 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 per morosità/irreperibilità né di essere stato radiato da nessun Albo professionale

DATA_____ FIRMA _____

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI FERRARA

Il Sottoscritto _____ incaricato,

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000

Che il Sig. _____

Identificato a mezzo di _____

Ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

DATA FIRMA dell'incaricato che riceve l'istanza

_____ _____