

Domanda iscrizione per trasferimento all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di VICENZA

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 10 del DPR 05/04/1950 n. 221 l'iscrizione per trasferimento all'Albo degli:

☐ Infermieri

☐ Infermieri pediatrici

(barrare l'Albo di appartenenza)

tenuto dal su intestato OPI per trasferimento dall'Ordine Professioni Infermieristiche di:

(indicare l'OPI di provenienza) _____

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 degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

(barrare dove richiesto **solo** le caselle che interessano)

- ☐ di essere nato a _____ Prov. _____ il _____
- ☐ di avere il seguente codice fiscale _____
- ☐ di essere residente in Via _____ n. _____
Comune _____ CAP _____ Prov. _____
- ☐ di avere domicilio in Via _____ n. _____
Comune _____ CAP _____ Prov. _____
- ☐ di avere domicilio professionale in Via _____
n. _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
- ☐ Tel _____ Cell _____
- ☐ 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 di studio _____
conseguito in data _____ presso _____
- ☐ di aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. - *cosiddetto patteggiamento*) ☐ NO ☐ SI
(in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria): _____
- ☐ di essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti al casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa: ☐ NO ☐ SI
(in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria): _____
- ☐ di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali: ☐ NO ☐ SI
(in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria): _____
- ☐ di essere sottoposto a procedimento disciplinare: ☐ NO ☐ SI
(in caso positivo indicare l'Autorità): _____
- ☐ di essere sospeso dall'esercizio della professione: ☐ NO ☐ SI
(in caso positivo indicare l'Autorità): _____
- ☐ di essere stato cancellato/a per morosità/irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessun Ordine Professioni Infermieristiche: ☐ NO ☐ SI
(in caso positivo indicare quale): _____
- ☐ di esercitare la professione come: ☐ libero professionista ☐ dipendente ☐ altro
- ☐ di essere iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza Assistenza della professione infermieristica): ☐ NO ☐ SI
- ☐ di essere regolarmente iscritto all'Albo degli:
☐ infermieri ☐ infermieri pediatrici
tenuto dall'Ordine Professioni Infermieristiche di _____ dal _____.
- ☐ di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuto all'OPI (art. 10, lettera c DPR 5/4/1950 n. 221)

Allega:

- copia del versamento quota anno in corso dovuta all'OPI di provenienza;
- n. 01 fototessera;
- copia documento identità valido;
- copia codice fiscale.

Vicenza _____ IL DICHIARANTE _____