

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ravenna

**Documenti necessari per la richiesta di trasferimento
dell'iscrizione all'albo presso l'OPI di Ravenna**

- 1) Domanda di trasferimento all'albo professionale di residenza redatta su foglio uso bollo o su foglio A/4 con marca da bollo di euro 16,00;
- 2) N.° 2 Fotografie formato tessera di cui una firmata sul davanti;
- 3) Fotocopia in carta semplice del codice fiscale;
- 4) Fotocopia in carta semplice di un documento valido di riconoscimento;
- 5) Fotocopia della ricevuta comprovante l'avvenuto pagamento della quota di iscrizione all'albo dell'anno in corso;
- 6) Tessera di riconoscimento rilasciata dall'Ordine di provenienza (Nel caso in cui ne fosse sprovvisto, dichiararlo con autocertificazione, indicando la motivazione (mai ritirata ecc). In caso di smarrimento o furto, è necessario sporgere denuncia alle Autorità competenti (Questura o Carabinieri) e presentare copia della denuncia

.....

La domanda di trasferimento:

- deve essere scritta su tutte le righe ed in modo leggibile;
- non deve contenere cancellazioni, abrasioni, abbreviazioni;
- deve essere redatta secondo il fac-simile consegnato dall'Ordine stesso.

La quota di iscrizione, relativa all'anno in corso, si dovrà versare all'Ordine di provenienza.

Si ricorda che la segreteria dell'Ordine Professioni Infermieristiche di Ravenna, è a disposizione per qualsiasi altra informazione e riceve il pubblico nei seguenti giorni:

**dal Lun. al Ven dalle ore 9:00 alle ore 12:00
Mart. e Giov. ore 14:00 alle ore 16:00**

DOMANDA DI TRASFERIMENTO

All'Ordine Professioni Infermieristiche di Ravenna

Il/la Sottoscritto/a _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 10 del DPR 05\04\1950 N. 21, l'iscrizione per trasferimento all'Albo degli Infermieri, tenuto dal su intestato Ordine per trasferimento dall'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\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 a _____ Prov. _____
Cap. _____ in Via _____ n. _____
- Di essere domiciliat_ a _____ Prov. _____
Cap _____ in Via _____ n. _____
PEC _____ email _____
Tel. _____ Cell. _____
- Di avere il proprio domicilio professionale a _____ Prov. _____
Cap _____ in Via _____ n. _____
PEC _____ email _____
- Di essere cittadin_ _____
- Di godere dei diritti civili **SI** **NO**
- Di essere in possesso del seguente titolo abilitativo alla professione

conseguito presso _____ naz. _____ il _____

- Di esercitare la professione come
 - libero professionista**
 - dipendente**
 - altro** _____
- Di essere iscritt_ all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica)
- Di **non** essere iscritt_ all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica)
- Di essere regolarmente iscritt_ all'Albo degli Infermieri tenuto dall'Ordine Professioni Infermieristiche di _____ dal ___/___/_____
- Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti al Collegio e alla Federazione (articolo 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 **aver** riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. – cosiddetto patteggiamento) (*specificare*)

- 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 stat_ cancellat_ per morosità/irreperibilità, né di essere stat_ radiat_ da nessun Ordine provinciale

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al **D.Lgs. 30/06/2003, n.196 art.13 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed artt. 13 e 14 Regolamento (UE) 2016/679**, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data: _____/_____/_____

FIRMA _____



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ravenna

Il sottoscritt_ _____ incaricato,

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000,

Il/la Signor_ _____

Identificat_ a mezzo di _____

n. _____ con scadenza ____/____/____

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza .

Data _____

Firma dell'incaricato che riceve l'istanza
