

**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

\_\_\_\_\_