

DOCUMENTI NECESSARI PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO PRESSO L'OPI RIMINI

- 1) Domanda di trasferimento all'albo professionale di residenza compilata e firmata;
- 2) marca da bollo di euro 16,00;
- 3) N. 2 Fotografie formato tessera di cui una firmata sul davanti;
- 4) Fotocopia in carta semplice del codice fiscale;
- 5) Fotocopia in carta semplice di un documento valido di riconoscimento;
- 6) Fotocopia della ricevuta comprovante l'avvenuto pagamento della quota di iscrizione all'albo dell'anno in corso;
- 7) Tessera di riconoscimento rilasciata dall'Ordine di provenienza (Nel caso in cui ne fosse sprovvisto, dichiararlo con autocertificazione, indicando la motivazione (mai ritirata ecc).

La domanda di trasferimento:

- deve essere consegnata **in originale**,
- presentandosi personalmente presso la sede OPI, **dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00**
- **oppure** spedita con raccomandata al seguente indirizzo: **OPI Rimini Via Flaminia 185/E - 47923 Rimini (RN)**
- deve essere scritta su tutte le righe ed in modo leggibile;
- non deve contenere cancellazioni, abrasioni, abbreviazioni;
- deve essere redatta secondo il modulo consegnato dall'Ordine stesso.

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

Il timbro annuale sulla tessera attestante la regolarità pagamenti quote iscrizione Albo, verrà apposto, presentandosi presso il nostro ufficio, negli orari di apertura al Pubblico suindicati, muniti della ricevuta comprovante l'avvenuto pagamento della quota del corrente anno.

DOMANDA DI TRASFERIMENTO

All'OPI di Rimini

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 Infermieri Pediatrici** (*cancellare la voce che non interessa*) tenuto dal su intestato Ordine.

per trasferimento dall'OPI 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. _____
(*solo se diverso da residenza*)
- Di essere domiciliat_ a _____ Prov. ____ cap _____
- in Via _____ n. _____
- PEC _____
- EMAIL _____
- EMAIL aziendale _____
- Tel. _____ Cell. _____
- Di avere il proprio domicilio professionale a _____ Prov. ____
Presso _____
- Via _____ n. _____



- 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 (*indicare se Laurea o Diploma e specializzazione*) _____
- 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 _____ tenuto
- dall'OPI di _____ dal ____/____/_____
- Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'OPI 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 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 Albo provinciale

Data: ____/____/_____

Firma



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
