



**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DELLA CIRCOSCRIZIONE DI PISA**



Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pisa

MARCA DA BOLLO DA
€ 16,00

Il/la Sottoscritto/a _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 5 della Legge n. 3/2018 l'iscrizione per trasferimento all'albo degli _____
tenuto dal su intestato Ordine per trasferimento dall'Ordine 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 nato a _____ Prov. _____

Il _____

Di avere il seguente Codice Fiscale _____

Di essere residente in _____ Prov. _____

CAP _____ Via _____

PEC _____ E-mail _____

Tel. / Cell. _____

Di essere domiciliato in (solo se diverso dalla residenza) _____ Prov. _____

CAP _____ Via _____

PEC _____ E-mail _____

Di avere il proprio domicilio professionale in _____ Prov. _____

CAP _____ Via _____

PEC _____ E-mail _____

Di essere cittadino _____





ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA CIRCOSCRIZIONE DI PISA



Di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato il _____
dalla Questura di _____ (solo per cittadini stranieri extracomunitari)

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 delle professioni
infermieristiche di _____ dal ___/___/_____.

Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e alla Federazione

Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e
Assistenza della professione infermieristica)

di **non** aver riportato condanne penali _____

(in caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio)

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





**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DELLA CIRCOSCRIZIONE DI PISA**



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/a per morosità / irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessun albo provinciale

DATA: _____ **FIRMA** _____

