



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



**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO**

MARCA DA BOLLO  
€ 16,00

**Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pisa**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 5 della L. 3/2018 l'iscrizione 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 solo le caselle che interessano)

Di essere nato/a il \_\_\_\_\_ a/in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Di essere residente in Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ nel

Comune di \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Di essere domiciliato (solo se diverso dall'indirizzo di residenza) in

Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ nel

Comune di \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Di avere il domicilio professionale in Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_





## ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA CIRCOSCRIZIONE DI PISA



- Di essere cittadino \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso del regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato il \_\_\_\_\_  
dalla Questura di \_\_\_\_\_
- 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
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Laurea in Infermieristica | <input type="checkbox"/> Laurea in Infermieristica Pediatrica |
| <input type="checkbox"/> Diploma Universitario     | <input type="checkbox"/> Diploma Universitario                |
| <input type="checkbox"/> Diploma I.P.              | <input type="checkbox"/> Diploma V.I.                         |
- conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- 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;
- Di essere regolarmente iscritto all'Albo degli \_\_\_\_\_ tenuto dall'Ordine  
delle Professioni Infermieristiche di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con n° di  
posizione \_\_\_\_\_;
- Di aver eseguito il versamento della quota annuale dovuta all'Ordine;
- Di aver eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAPI;
- Di non aver riportato condanne penali \_\_\_\_\_ (in caso positivo non  
barrare la casella, ma indicare nello spazio l'Autorità Giudiziaria);
- Di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, 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 444/2000)

- 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 da nessun Albo Provinciale \_\_\_\_\_

**Alla presente allega i seguenti documenti:**

1. Marca da Bollo da € 16,00;
2. foto formato tessera;
3. copia documento di identità in corso di validità;
4. copia Codice Fiscale in corso di validità;
5. copia Permesso di Soggiorno o Carta di Soggiorno (cittadini stranieri) o copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000;
6. copia del versamento effettuato all'Ordine di provenienza, relativo alla quota di iscrizione dell'anno in corso;

Luogo e Data \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

