



**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 _____

