



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



MARCA
DA
BOLLO
€ 16,00

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pisa

Il 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 delle professioni Infermieristiche di Pisa** per trasferimento dall'Ordine delle professioni
Infermieristiche 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 445/200)**

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. / Celi. _____
- 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 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 LJ libero professionista U dipendente D 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 (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 stato cancellato/a per morosità / irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da
nessun albo provinciale

DATA: _____ FIRMA _____

