

**MODULO DI RICHIESTA PER TRASFERIMENTO**

Marca da bollo di  
€. 16,00

*Al Presidente dell'Ordine delle Professioni  
Infermieristiche di Palermo  
Via Manin, 7  
90139 Palermo*

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 21 l'iscrizione per trasferimento all'Albo degli \_\_\_\_\_  
dell'Ordine Professioni Infermieristiche della Provincia di Palermo.

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 a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Di avere il seguente Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Di avere la seguente - E-mail (*scrivere in stampatello*) \_\_\_\_\_  
- PEC (*obbligatoria*) \_\_\_\_\_  
- Tel. / Cell. \_\_\_\_\_

Di essere residente in Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Di avere il proprio domicilio in Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Di avere il domicilio lavorativo presso l'Azienda \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Di essere cittadino/a italiano/a oppure (*indicare la cittadinanza*) \_\_\_\_\_

Di godere dei diritti civili \_\_\_\_\_

(*per i cittadini stranieri*) Di essere in possesso del permesso di soggiorno con scadenza il \_\_\_\_\_

Di essere in possesso del seguente titolo di studio: Laurea in Infermieristica conseguito in data \_\_\_\_\_  
presso l'Università \_\_\_\_\_

**oppure** (*indicare il altro titolo infermieristico*) \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

• Di esercitare la professione  libero professionista .  dipendente .  altro \_\_\_\_\_

Di **essere** iscritto all'ENPAPI  Di **non essere** iscritto all'ENPAPI

Di essere regolarmente iscritto all'albo degli \_\_\_\_\_ tenuto dall'Ordine Professioni  
Infermieristiche di \_\_\_\_\_ al N° di posizione \_\_\_\_\_ e data d'iscrizione \_\_\_\_\_

- Di aver regolarmente eseguito i pagamenti dei contributi ai sensi degli artt. 4, 14 e 21 del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233
- 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 dichiarata (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: \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante \_\_\_\_\_

**Documenti da allegare:**

- **Marca da bollo da € 16,00;**
- **N° 1 copia della Carta d'identità in corso di validità da firmare in calce con l'attestazione della conformità all'originale ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000 esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);**
- **N° 1 copia Codice Fiscale;**
- **Per i cittadini stranieri copia del permesso di soggiorno valido;**
- **Una fotografia formato fototessera;**
- **Copia del pagamento effettuato della quota anno corrente.**

*AVVERTENZA: Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000)*

\*\*\* \*\*

**Informativa ai sensi dell'art. 13 decreto legislativo 196/2003 e dell'art. 48 del DPR 445/2000**

Egr. Sig. / Gent.ma Sig.ra la informiamo che:

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DPCLS 233/46 e su susseguente art. 4 del DPR 221/50 per ottenere l'iscrizione all'Albo;
- in caso rifiutasse di fornire i dati non sarà possibile attivare l'istruttoria per procedere all'eventuale iscrizione all'Albo;
- i dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata, per le finalità ad essa strettamente connesse, per gli scopi istituzionali dell'Ordine di cui all'art. 3 del DLCP 233/46, per l'invio di comunicazioni a mezzo social (es. telegram) e newsletter;
- il trattamento viene effettuato in forma automatizzata e/o manuale a disposizione degli Uffici;
- i dati verranno comunicati ai soggetti di cui all'art. 2 del DPR 221/50 ed eventualmente ad altri soggetti ai soli fini di perseguire gli scopi prescritti dall'art. 3 del DLCP 23/46;
- il titolare del trattamento è il Presidente AMATO Antonino;
- il responsabile del trattamento è il Segretario EPISCOPO Gianfranco;
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsto dall'art. 13 della legge 675/96 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine O.P.I. di Palermo.

La cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dall'Albo motivata solo dal fatto di non esercitare più la professione infermieristica.

Palermo lì \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PER L'ISCRITTO

Ricordiamo che l'iscrizione all'Ordine è obbligatoria per l'esercizio professionale e che è vincolata alla comunicazione/possesso di:

- ✓ cambi di domicilio e/o residenza,
- ✓ scadenze e rinnovi del permesso di soggiorno,
- ✓ pagamento delle quote annuali,
- ✓ variazione numeri telefonici,
- ✓ variazione indirizzo posta elettronica ordinaria e PEC,
- ✓ Possesso di posta elettronica certificata (PEC)

I casi per i quali è attivata la cancellazione sono:

- ✓ mancato invio/rinnovo permesso di soggiorno,
- ✓ morosità,
- ✓ irreperibilità accertata,
- ✓ altre situazioni che il Consiglio Direttivo valuterà come inadempimenti.

Palermo li \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato/a \_\_\_\_\_