



AL PRESIDENTE  
ORDINE DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE DI AREZZO.  
VIA M. PERENNIO 24/B  
52100 AREZZO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art. 10 del DPR 05/04/1950 n. 21 l'iscrizione per trasferimento all'albo di \_\_\_\_\_ tenuto dal su intestato Ordine per trasferimento dall'Ordine di \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 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**

- Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_
- Di essere residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ E.mail \_\_\_\_\_  
Tel./Cell. \_\_\_\_\_
- Di avere il proprio domicilio (solo se diverso dalla residenza) in \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_
- Di avere il proprio domicilio professionale in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ E.mail \_\_\_\_\_
- Di essere cittadino \_\_\_\_\_
- Di godere dei diritti civili \_\_\_\_\_  
(in caso negativo non barrare la casella e specificare nello spazio)
- Di avere il seguente codice fiscale \_\_\_\_\_

Di essere in possesso del seguente titolo abilitativo alla professione

\_\_\_\_\_

Conseguito 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 (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica)

Di essere regolarmente iscritto all'albo degli \_\_\_\_\_ tenuto dall'Ordine. di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine alla Federazione (articolo 10, lettera c) DPR 5/4/1950 n. 221)

Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica). (articolo 10, lettera c) DPR 5/4/1950 n. 221)

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

**Documenti da allegare:**

1. N. 2 foto tessera identiche
2. Copia del pagamento della tassa annuale al proprio Ordine di Appartenenza
3. Fotocopia di un documento di identità.

**DATA:** \_\_\_\_\_

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

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3 comma 10 della legge 127/97)