



**DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRO OPI**

**Marca da  
bollo  
da € 16.00**

Al Presidente dell'  
Ordine delle Professioni Infermieristiche  
della Provincia di Cuneo  
Via A. Bassignano, 65  
12100 CUNEO

Il/la sottoscritto/a.....

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 21 l'iscrizione per trasferimento all'Albo  
degli.....  
tenuto dal su intestato Ordine delle Professioni Infermieristiche per trasferimento all'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 445/2000)

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n. 445/2000  
(barrare dove richiesto **solo** le caselle che interessano)

di essere nat\_ a .....Prov. .... il.....

di avere il seguente codice fiscale .....

di essere residente in..... Provincia.....

Cap.....

Via.....

PEC.....E-mail.....

Te./Cell.....

di avere il proprio domicilio professionale in..... Prov.....

CAP.....

Via.....

PEC..... E.-mail.....

di essere cittadino .....

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       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 delle Professioni Infermieristiche di ..... dal...../...../.....

di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche e alla Federazione (art. 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 alla 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 CCP –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.....

**Nota bene: portare due fotografie uguali formato tessera.**