

All'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Venezia

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 dall'Ordine (OPI) 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 nat a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Di avere il seguente Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Tel. / 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 e 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

DATA: \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1 Marca da bollo € 16,00 da apporre sulla domanda
- 1 foto tessera;
- Fotocopia del Codice fiscale;
- Fotocopia della Carta d'identità;
- Fotocopia del pagamento della tassa per l'anno corrente annuale al proprio Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di appartenenza;
- Tessera dell'Ordine di appartenenza o autocertificazione di non averla mai posseduta.

**Informativa ex art. 13 Reg. UE 2016/679**

Ai sensi del art. 13 del Reg. UE 2016/679, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Venezia, P.le L. da Vinci 8/f – Mestre (Ve), Tel. +39 0415055951, e-mail: [ordine@opivenezia.it](mailto:ordine@opivenezia.it) – [ordine@pec.opivenezia.it](mailto:ordine@pec.opivenezia.it) in qualità di Titolare del Trattamento, informa che il trattamento dei Vs. dati personali sarà effettuato al fine di attivare l'istruttoria per dar seguito alla sua richiesta e per la gestione di ogni altro adempimento di legge. Ai sensi dell'art. 6 del citato regolamento, per il trattamento dei dati per le finalità indicate non è necessario il consenso in quanto necessario per adempiere a un obbligo di legge (art. 9 DLCP 233/49 e art. 4 DPR 221/50) e per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico. Il conferimento è obbligatorio, e in caso di rifiuto non potrà essere valutata la richiesta. I dati potranno essere comunicati ad altri enti pubblici in relazione ai quali è previsto l'obbligo di comunicazione, e a professionisti che prestano consulenza a favore dell'ordine. I dati (nome, cognome, luogo e data di nascita), inoltre, potranno essere oggetto di diffusione mediante pubblicazione sul sito della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (<http://www.fnopi.it/>). Il trattamento sarà effettuato con strumenti cartacei ed elettronici. Il periodo di conservazione dei dati è illimitato. È comunque Vs. facoltà esercitare tutti i diritti previsti dagli artt. 15-22 del citato regolamento. Per tutte le questioni relative al trattamento dei dati e all'esercizio dei citati diritti, Lei potrà contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD) al seguente indirizzo e-mail: [dpo@opivenezia.it](mailto:dpo@opivenezia.it)

\*\*\*\*\*

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa ex art. 13 Reg. UE 2016/679 relativa al trattamento dei propri dati personali.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ordine delle Professioni Infermieristiche di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto : ..... incaricato,

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000,

che il/la Signor/a.

identificato/a a mezzo di: \_\_\_\_\_

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA FIRMA dell'incaricato che riceve l'istanza