

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Forlì Cesena

OPI FORLI'- CESENA

V.le Domenico Bolognesi, 19 - 47121 Forlì
Tel 0543/405460 Fax e Segr. 0543/414970
E-mail : forli.cesena@cert.ordine-opi.it

DOCUMENTI NECESSARI PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO PRESSO L'ORDINE DI FORLI'-CESENA

- 1) Domanda di trasferimento all'Albo con marca da bollo da € 16,00
- 2) Fotografia formato tessera firmata sul fronte
- 3) Fotocopia f/r del codice fiscale in carta semplice
- 4) Fotocopia f/r di un documento di riconoscimento valido in carta semplice
- 5) Tessera di riconoscimento rilasciata dall'Ordine di provenienza o dichiarazione di mancato ricevimento della stessa

La domanda non deve contenere cancellazioni, abrasioni e abbreviazioni e deve essere presentata personalmente: la firma va apposta in presenza dell'impiegata incaricata dell'Ordine muniti di un valido documento di riconoscimento

La quota di iscrizione relativa all'anno in corso si dovrà versare all'Ordine di provenienza. Le successive quote annue verranno pagate tramite avviso di pagamento dell'Agente della Riscossione Equitalia Centro che perverrà alla residenza dell'iscritto nel mese di aprile di ogni anno.

Il bollino annuale verrà apposto sulla tessera presentandosi ai nostri uffici muniti della ricevuta di pagamento dell'avviso di pagamento.

NB: ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO DELLA SEGRETERIA

Lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 08.30 alle ore 12.30

Martedì e giovedì dalle ore 14.30 alle ore 17.00

Marca da Bollo
€ 16,00

Domanda di trasferimento
all'Albo di residenza contestuale
alla dichiarazione sostitutiva di certificazioni

marca da bollo € 16,00

Al Presidente OPI Forlì-Cesena
V.le D. Bolognesi, 19
47121 FORLÌ'

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 10 del DPR 05/04/1950 n 221, l'iscrizione per trasferimento all'albo degli _____ tenuto dal su intestato Ordine per trasferimento dall'Ordine di _____. A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n 445)

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n 445

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
- di avere il seguente Codice Fiscale _____
- di essere residente in _____ prov. _____
CAP _____ Via e n° civico _____
indirizzo PEC _____ indirizzo e-mail _____
Tel _____ Cell _____
- di avere il proprio domicilio professionale in _____ prov. _____
CAP _____ Via e n° civico _____
- di essere cittadino/a _____
- di godere dei diritti civili _____
(in caso negativo specificare nello spazio)
- di essere in possesso del seguente titolo di studio abilitativo alla professione _____ conseguito il _____ presso _____
- di esercitare la professione come libero professionista dipendente altro
- di essere iscritto/a all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza alla professione Infermieristica)
- di non essere iscritto/a all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza alla 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 (art. 10, lettera c) DPR 05/04/1950 N.221)
- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza alla professione Infermieristica) (art.10, lettera c) DPR 05/04/1950 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/a 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 a procedimenti penali

a titolo di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dichiara

(art. 47 DPR 445/2000)

- di non essere sottoposto/a a procedimento disciplinare
- di non essere sospeso/a dall'esercizio della professione
- di non essere stato/a cancellato/a per morosità/irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessun albo provinciale

Forlì _____

Firma _____

Ordine delle professioni infermieristiche di Forlì-Cesena

Il sottoscritto _____ incaricato

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000,

che il/la sig. /sig. ra _____

identificato _____ a _____ mezzo

_____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza

Forlì _____

firma dell'incaricato che riceve l'istanza
