

Al Presidente dell'OPI
della Provincia Barletta-Andria-Trani
Via M. di Borgogna, 74
76125 Trani

Bollo € 16.00

OGGETTO: DOMANDA DI TRASFERIMENTO.

Io sottoscritto/aavendo
conseguito il diploma di laurea in.....il
..... presso l'Università degli Studi di.....
sede distaccata di,

CHIEDO

il trasferimento dell'iscrizione dall'Albo del Ordine di a
quello di Barletta-Andria-Trani in qualità di

A tal fine, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della L. n. 15 del 4 gennaio 1968 e successive
modificazioni, dichiaro:

• Di essere nato/a a (prov.....) il

• Codice Fiscale

• Di essere residente a

(c.a.p.) in via n.

tel....., cell, e-mail

• Di essere cittadino

• Di avere il proprio domicilio professionale in _____ Prov.

_____ CAP _____ Via _____

PEC _____ E-mail _____

• Di aver conseguito in datapresso la
laurea/il diploma di

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'OPI di _____ dal _ / _ / ____.
- Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'OPI (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

OPI 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