

MODULO DI RICHIESTA PER TRASFERIMENTO

MARCA DA BOLLO
VIGENTE €. 16,00

*Al Presidente dell'Ordine
delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Palermo*

Il/la Sottoscritto/a _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 21 l'iscrizione per trasferimento all'Albo degli
_____ dell'Ordine Professioni Infermieristiche della Provincia di Palermo.
(specificare se infermieri o infermieri pediatrici)

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 DPR 445/2000

(Barrare dove richiesto solo le caselle che interessano)

Di essere nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Di avere il seguente Codice Fiscale _____

Di essere residente a _____ Prov. _____ CAP _____ Via _____

PEC (scrivere in stampatello) _____

E-mail (scrivere in stampatello) _____

Tel. / Cell. _____

Di avere il proprio domicilio a _____ Prov. _____ CAP _____ Via _____

Di essere cittadino _____

Di godere dei diritti civili _____

(in caso negativo non barrare la casella e specificare nello spazio)

(*per i cittadini stranieri*) Di essere in possesso del permesso di soggiorno con scadenza il _____

Di essere in possesso del seguente Diploma Laurea di/in _____
conseguito presso _____ il _____

Di esercitare la professione libero professionista . dipendente . altro

Di **essere** iscritto all'ENPAPI Di **non essere** iscritto all'ENPAPI

Di essere regolarmente iscritto all'albo degli _____ tenuto dall'Ordine
(specificare se infermieri o infermieri pediatrici)

Professioni Infermieristiche di _____ al N° di posizione _____

Di aver regolarmente eseguito i pagamenti dei contributi ai sensi degli artt. 4, 14 e 21 del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233

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:

- **Marca da bollo da € 16,00;**
- **Copia documento di riconoscimento in corso di validità;**
- **Per i cittadini stranieri copia del permesso di soggiorno;**
- **Copia codice fiscale;**
- **Una fotografia formato fototessera;**
- **Copia del pagamento effettuato della quota anno corrente.**

INFORMATIVA PER L'ISCRITTO

Ricordiamo che l'iscrizione all'Ordine è obbligatoria per l'esercizio professionale e che è vincolata alla comunicazione/possesso di:

- ✓ cambi di domicilio e/o residenza,
- ✓ scadenze e rinnovi del permesso di soggiorno,
- ✓ pagamento delle quote annuali,
- ✓ variazione numeri telefonici,
- ✓ variazione indirizzo posta elettronica,
- ✓ Possesso di posta elettronica certificata (PEC)*

I casi per i quali è attivata la cancellazione sono:

- ✓ mancato invio/rinnovo permesso di soggiorno,
- ✓ morosità,
- ✓ irreperibilità accertata,
- ✓ altre situazioni che il Consiglio Direttivo valuterà come inadempimenti.

*** Nel caso in cui non si è in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC), può essere effettuata formale richiesta di attivazione compilando il seguente modulo di seguito riportato.**

Palermo li _____

Firma dell'interessato/a _____

**Alla Segreteria dell'Ordine
delle Professioni Infermieristiche di Palermo**

Oggetto: Richiesta di attivazione indirizzo di Posta Elettronica Certificata personale.

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il Sottoscritto: _____ nato a _____
 il _____ Cod. Fiscale: _____ residente
 a _____ in Via/P.zza _____ N° _____ CAP _____
 Prov. _____ Tel. _____ Email _____

CHIEDE

l'attivazione di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) offerta dall'O.P.I. di Palermo

Username richiesto: (Nome e Cognome) _____ .opipalermo@pec.it

Il sottoscritto si impegna ad effettuare, immediatamente al primo accesso, il cambio password seguendo queste istruzioni: accedere a <https://webmail.pec.it>, opzioni, password, inserire la vecchia e la nuova password.

Quest'ultima dovrà essere mantenuta segreta.

Si avvisa che il sottoscritto è l'unico responsabile dell'avente in oggetto e nel caso di uso improprio, l'Ente O.P.I. di Palermo declina ogni responsabilità, l'Ente è tenuto in qualsiasi momento a disattivare il servizio oltre a comunicare tali irregolarità.

Inoltre, il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e/o integrazioni.

L'indirizzo di posta elettronica certificata verrà eliminato non appena il professionista eseguirà la cancellazione o il trasferimento dall'Ordine Professionale.

Palermo li _____

Firma _____