

Inserire qui marca  
da bollo 16,00 euro

Al Presidente del  
Ordine Provinciale  
delle Professioni Infermieristiche  
di CASERTA

I sottoscritt

nat a

il

residente in

indirizzo

### CHIEDE

Ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 221 l'iscrizione per trasferimento all'Albo degli  
tenuto dall'OPI di Caserta, per trasferimento dall'OPI di

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445) in caso di falsità e  
mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici conseguiti  
al provvedimento emanato sulla base della dichiarazioni che non risultassero veritiere (Art. 75 DPR 445/2000)

### DICHIARA

Ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n. 445  
(barrare e compilare solo le caselle che interessano)

di essere cittadin

di essere nat il a

di essere residente in

indirizzo

cap Tel. Cellulare

mail

PEC (Posta Elettronica Certificata)

di essere in possesso del seguente titolo di studio abilitante all'esercizio della professione di:

conseguito in data con votazione presso la:

Scuola

sede di

Università

sede di

(Solo per i cittadini stranieri extracomunitari)

di essere in possesso:

di regolare permesso o carta di soggiorno rilasciato il dalla Questura di

di godere dei diritti civili

di **NON** godere dei diritti civili (specificare nello spazio in basso)

(Da compilare se il domicilio e' diverso dalla residenza)

di avere il proprio domicilio professionale in

cap indirizzo

PEC

Email

tel/Cell.

di **non** aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di patteggiamento della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. cosiddetto patteggiamento) (In caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante):

di **non** essere destinatari 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 normativa vigente;

di **non** essere a conoscenza di essere sottoposti a procedimenti penali;

di esercitare la professione come (barrare la casella di interesse):

libero professionista  
dipendente presso  
altro

di esercitare la libera professione dal

in forma singola  
in forma associata (specificare la denominazione)  
come socio di cooperativa (specificare la denominazione)

di essere in possesso di partita IVA n.

di essere iscritti all'Enpapi (Ente nazionale di Previdenza e Assistenza della professione Infermieristica)

di **non** essere iscritti all'Enpapi (Ente nazionale di Previdenza e Assistenza della professione Infermieristica)

di essere regolarmente iscritti all'Albo degli

dell'OPI di

dal giorno n. posizione

di avere regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine (*art. 10, lettera c*) DPR 5/4/1950 n.221)

di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi all'Ente Enpapi (Ente Nazionale Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica) (*articolo 10, lettera c*) DPR 5/4/1950 n.221)

**A titolo di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dichiara:**

(art. 47 DPR 445/2000)

di **non** essere sottoposti a procedimento disciplinare

di **non** essere sospesi dall'esercizio della professione

di **non** essere stato cancellato per morosità/irreperibilità né di essere stato radiato da nessun Albo Professionale

di avere il proprio domicilio professionale in

cap indirizzo

**ALLEGA:**

1 marca da bollo vigente;

due foto tessera uguali e recenti;

fotocopia del numero di Codice fiscale;

fotocopia della Carta d'identità;

fotocopia del pagamento della tassa per l'anno corrente annuale al proprio Ordine di appartenenza;

dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in caso di domicilio professionale - ( da compilare direttamente allo sportello della segreteria) unitamente allo stato di servizio o presentazione del badge marcatempo alla segreteria

dichiarazione sostitutiva di certificazione residenza;

dichiarazione sostitutiva di certificazione di titolo di studio professionale

autenticazione foto da parte del Segretario dell'Ordine

comunicazione PEC;

altro

Caserta, li

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile)

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3, comma 10 della Legge 127/97)

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196**  
**e dell'art. 48 del DPR 445/2000**

Egr. Sig.r/Gent.ma Sig.ra

La informiamo che:

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DPCLS 233/46 e su susseguente art. 4 del DPR 221/50 per ottenere l'iscrizione all'Albo;
- in caso rifiutasse di fornire i dati non sarà possibile attivare l'istruttoria per procedere alla eventuale iscrizione all'Albo;
- i dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata, per le finalità ad essa strettamente connesse e per gli scopi istituzionali dell'Ordine di cui all'art. 3 del DLCPS 233/46;
- il trattamento viene effettuato: a) con strumenti cartacei; b) con elaboratori elettronici a disposizione degli Uffici;
- i dati verranno comunicati ai soggetti di cui all'art. 2 del DPR 221/50 ed eventualmente ad altri soggetti ai soli fini di perseguire gli scopi prescritti dall'art. 3 del DLCPS 233/46;
- il titolare del trattamento è il Presidente pro-tempore;
- l'incaricata al trattamento è l'impiegata amministrativa: la sig.ra Antonia Porfidia.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsto dall'art. 7 del D.lgs 196/03 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine: Via Petrarca, 25 – P.co dei Pini - 81100 – Caserta - tel.: 0823-343523 fax : 0823-1764147, e-mail [info@ipasvi.caserta.it](mailto:info@ipasvi.caserta.it).

**INFORMATIVA**

Ricordiamo che l'iscrizione all'OPI è obbligatoria per l'esercizio professionale, e che è vincolata alla comunicazione 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 e 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

La cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dall'Albo motivata solo dal fatto di non esercitare più la professione infermieristica.

Se esistono i presupposti di legge, l'iscrizione sarà deliberata entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda, salvo deroghe di legge.

Preso visione, si autorizza il trattamento dei propri dati personali.

Caserta, lì

Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

**(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)**  
Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000)

**AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA**  
(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000.n. 445)

I sottoscritt

nat in

il

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

**D I C H I A R A**

In merito alla domanda di trasferimento inoltrata all'OPI di Caserta il giorno

**di ESSERE RESIDENTE:**

in

cap

prov (    )

indirizzo

Caserta, li

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile)

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio ai sensi dell'art. 74, comma 1, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

(Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000).

## Dichiarazione sostitutiva della CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO

(Art.46 - lettere l,m,n - D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

I sottoscritt

nat a

il

residente a

indirizzo

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

con riferimento alla domanda di iscrizione all'albo presentata all'OPI di Caserta in data di avere il Titolo di studio:

Laurea in:

conseguita in data

presso Università:

Diploma in:

conseguito in data

presso Scuola:

con il seguente punteggio

*Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n. 196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Caserta, li

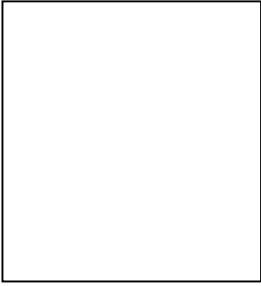
Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

(Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

## Autenticazione foto



I sottoscritt

nat a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

dichiara che la sopraesposta fotografia corrisponde alla propria immagine ed è stata personalmente consegnata alla Segreteria dell'OPI di Caserta, ai fini della iscrizione all'Albo Professionale degli

Caserta, li' \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

Nota: Non scrivere nella zona sottostante in quanto riservata all'ufficio \_\_\_\_\_

### **Ordine Provinciale delle Professioni Infermieristiche di CASERTA**

I sottoscritt

a seguito di presenza ed esibizione personale della sopra riportata fotografia, attesta che l'immagine della stessa, per constatazione diretta, risulta essere quella

di \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

come comprovato, altresì dal documento esibito (C.I. - P.G.) n° \_\_\_\_\_

Rilasciata da \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Caserta, li' \_\_\_\_\_

## Comunicazione Posta Elettronica Certificata (PEC)

Al Presidente  
del OPI  
di Caserta

Il sottoscritt

nat a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

in riferimento alla domanda di trasferimento presentata

dall'OPI di \_\_\_\_\_

all'OPI di **Caserta** in data \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

(n.b specificare infermiere, infermiere pediatrico)

comunica, in adempimento al disposto dell'art.16 comma 7 legge 28.01.2009 (G.U del 28.01.2009 Supplemento Ordinario 14/L), di essere in possesso del seguente indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata):

Caserta, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

Recapito/i telefonico/i per eventuali contatti \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti del disposto dal D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003 la sottoscrizione del presente modello autorizza al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità ivi indicate ed in conformità alle norme legislative e regolamenti vigenti e applicabili. Dichiaro altresì di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti all'art. 7 del succitato Decreto, tra i quali quello di ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo/la riguardano, l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati presenti nonché la cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi presso la segreteria dell'Ordine OPI di Caserta, in persona del suo Presidente e legale rappresentante pro -tempore in qualità di Titolare del trattamento dati personali ai sensi e per effetti della vigente normativa in materia.

Caserta, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

E' possibile consultare l'elenco pubblico dei gestori PEC accreditati presso l'Agenzia per l'Italia Digitale sul sito:<http://www.agid.gov.it/infrastrutture-sicurezza/pec-elenco-gestori>.