

# **Modalità e documenti necessari per il TRASFERIMENTO all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Parma**

## **RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO PRESSO QUESTO ORDINE**

- 1) Domanda di trasferimento (modello allegato) con marca da bollo da **€ 16,00**
- 2) Fotocopia documento di riconoscimento fronte/retro (la fotocopia la effettua l'ufficio di segreteria)
- 3) Fotocopia codice fiscale (la fotocopia la effettua l'ufficio di segreteria)
- 4) Fotocopia ricevuta di pagamento della quota albo dell'anno in corso

All'atto della presentazione della domanda di trasferimento, si dovrà versare alla Segreteria dell'Ordine un contributo pari a **€ 5,00** (solo con bancomat o carta di credito) per tassa di iscrizione relativa alle pratiche di trasferimento.

---

## **INFORMATIVA DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196 ART. 13**

Egr. Sig.re/Gent.ma Sig.ra

La informiamo che:

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DLCPS 233/46 e 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 Consiglio Direttivo di questo Ordine. Il responsabile del trattamento è il Presidente Walter Rossi.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 13 della legge 675/96 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine Via La Spezia n. 226A, Telefono 05211680836, E-Mail [parma@cert.ordine-opi.it](mailto:parma@cert.ordine-opi.it). 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.

Marca da bollo  
€ 16,00

**RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO PRESSO QUESTO  
ORDINE**

ALL'OPI della provincia di  
P A R M A

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 21 l'iscrizione per trasferimento all'Albo Professionale di questo Ordine in qualità di INFERMIERE.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall' art.76 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 28/12/2000 N. 445)

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

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

(barrare dove richiesto **SOLO** le caselle che interessano)

di chiamarsi \_\_\_\_\_

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere cittadino/a italiano/a

di essere residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Tel./Cell. \_\_\_\_\_

di essere domiciliato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Tel./Cell. \_\_\_\_\_

di avere il proprio domicilio professionale in \_\_\_\_\_

di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale

\_\_\_\_\_

di aver conseguito il Diploma/Laurea di \_\_\_\_\_ presso  
\_\_\_\_\_ in data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

di esercitare la professione come  libero professionista  dipendente  altro

di essere iscritto all'Enpapi  di non essere iscritto all'Enpapi

di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti pendenti (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

di godere dei diritti politici e civili

di essere regolarmente iscritto/a all'OPI di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

di aver eseguito regolarmente il pagamento dei contributi dovuti all'OPI (art. 10, lett. 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 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

Il sottoscritto autorizza ad utilizzare il proprio indirizzo email per gli avvisi e le comunicazioni dell'Ordine.

Inoltre, informato/a, ai sensi del Decreto Leg.vo 30/06/2003, n. 196 sulla tutela dei dati personali, esprime con la firma apposta in calce il proprio consenso al trattamento dei dati personali sopra riportati.

Cordiali saluti.

Il/La Dichiarante

Parma, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

FIRMATO IN PRESENZA DELL'INCARICATO OPI  
PARMA

\* \* \* \* \*

## OPI di PARMA

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**

\_\_\_\_\_