

**ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE**  
**OPI PESARO-URBINO**  
DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Marca da Bollo  
Euro 16,00

**Al Presidente**  
**dell'OPI di Pesaro Urbino**  
**Corso XI Settembre, 115**  
**61121 PESARO**

Il/la sottoscritto/a .....

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. n. 21 del 1950 l'iscrizione per trasferimento all'albo degli .....tenuto dal su intestato Ordine Professioni Infermieristiche per trasferimento dall'Ordine Professioni Infermieristiche di..... ove è attualmente iscritto/a.

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 D.P.R. n. 445/2000) e consapevole d'incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000**

(Barrare solo le caselle che interessano)

- di essere nat.. a ..... Prov. .... il .....,
- di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale .....,
- di essere residente in ....., Via ..... n°..... CAP....., Tel./Cell.....E-mail..... PEC.....
- di aver il proprio domicilio in ....., Via .....n°..... Prov. .... CAP .....
- di avere il proprio domicilio professionale in..... Prov..... CAP..... Via.....,
- di essere cittadino/a .....,
- di godere dei diritti civili,
- di esser in possesso del seguente titolo abilitativo alla professione.....  
.....il .....,
- di esercitare la professione come ☐ libero professionista ☐ dipendente ☐ altro
- di essere iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza della professione infermieristica),
- di **non** essere iscritto all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza della professione infermieristica),

Corso XI Settembre,115-61121 Pesaro -Tel. 072133615 - C.F. 80034370413 [www.opipesarourbino.it](http://www.opipesarourbino.it)

Email: [info@opipesarourbino.it](mailto:info@opipesarourbino.it) Pec: [pesaro.urbino@cert.ordine-opi.it](mailto:pesaro.urbino@cert.ordine-opi.it)

- di essere regolarmente iscritto all'albo degli..... dell'OPI di ..... dal .....,
- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine Professioni Infermieristiche (art. 10 lettera C DPR 5/4/1950 n. 221),
- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAPI,
- di non aver subito condanne penali e/o comunque di non trovarsi in una delle condizioni che ai sensi degli articoli 42 e 43 del D.P.R. n.221/1950, importino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale **(1)**  
(in caso affermativo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante)  
.....
- di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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 D.P.R. n. 445/2000)

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

Data

Firma

.....

.....

**(1)**D.P.R. 221/1950 Art. 42 prevede che “La condanna per uno dei reati previsti dal Codice penale negli articoli 446(commercio clandestino o fraudolento di sostanze stupefacenti, 548(istigazione all'aborto), 550(atti abortivi su donna ritenuta incinta)e per ogni altro delitto non colposo, per il quale la legge commina la pena della reclusione non inferiore nel minimo a due anni o nel massimo a cinque anni, importa di diritto la radiazione dall'Albo. Importano parimenti la radiazione dall'Albo: a)l'interdizione dai pubblici uffici, perpetua o di durata superiore a tre anni, e la interdizione dalla professione per una uguale durata; b)il ricovero in un manicomio giudiziario nei casi indicati nell'articolo 222,secondo comma, del Codice Penale; c)l'applicazione della misura di sicurezza preventiva preveduta dall'articolo 215 del Codice penale, comma secondo,n.1 (assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro). La radiazione nei casi previsti dal presente articolo e dichiarata dal Consiglio”.

Art.43 prevede altresì che: “Oltre i casi di sospensione dall'esercizio della professione previsti per legge, importano di diritto tale sospensione: a)la emissione di un mandati o di un ordine di cattura; b)l'applicazione provvisoria di una pena accessoria o di una misura di sicurezza ordinata dal giudice , a norma degli art.140 e 206 del Codice penale; c)la interdizione dai pubblici uffici per una durata non superiore a tre anni; d)l'applicazione di una delle misure di sicurezza detentive previste dall'articolo 215 del Codice penale, comma secondo, nn.2 e 3(ricovero in una casa di cura e di custodia o ricovero in manicomio giudiziario); e)l'applicazione di una delle misure di sicurezza non detentive previste nel citato articolo 215 del Codice penale, comma terzo,nn.1,2,3,e 4 (libertà vigilata-divieto di soggiorno in uno o più comuni o in una o più province – divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche-espulsione dello straniero dallo Stato).

La sospensione è dichiarata dal Consiglio. Il Consiglio può pronunciare, sentito il professionista, la sospensione del sanitario ammonito dalla autorità di pubblica sicurezza o contro il quale sia stato emesso mandato od ordine di comparizione o di accompagnamento senza pregiudizio delle successive sanzioni. Nei casi previsti nei precedenti commi la sospensione dura fino a quando abbia effettuato la sentenza o il provvedimento da cui essa è stata determinata”.

### **Informativa Regolamento UE 2016/679 e legge 675/96 art. 10 ai sensi dell'art. 48 del DPR 445/2000,**

La informiamo che:

- Il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DLCPS 233/46,art.4 del DPR 221/50 e successive integrazioni Legge n. 3/2018 per ottenere l'iscrizione all'albo;
- in caso rifiutasse di fornire i dati non sarà più 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 e successive integrazioni Legge n.3/2018 ;
- il trattamento viene effettuato con strumenti cartacei e 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 e successive integrazioni Legge n. 3/2018;
- il Titolare del trattamento è il Presidente dell'Ordine Professioni Infermieristiche OPI PU ;
- Il Responsabile dell'Ufficio Privacy (RUP) Protezione Dati Personali (RPD) dell'OPI PU è Pierpaoli Dana.
- 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 OPI Corso XI Settembre, 115 61121 Pesaro, Tel. 0721/33615 Pec: **pesaro.urbino@cert.ordine-opi.it**
- la cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dall'albo motivata solo al fatto di non esercitare più la professione infermieristica.
- Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice della Privacy (D.Lg.s 196/03 D.lgs 101/18) sono informato che il trattamento dei miei dati personali avverrà anche con mezzi informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per i quali sono stati raccolti.

Pesaro,\_\_\_\_\_

Firma



***Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pesaro Urbino***

Il Sottoscritto: ..... Incaricato,

**ATTESTA, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000**

Che il / Signor/a.....

Identificato/ a mezzo di: .....

Ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

**DATA**

**FIRMA dell'incaricato che riceve l'istanza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_