

**Al Presidente
Dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese
Viale Borri, 209 – 21100 –VARESE**

MARCA DA BOLLO
€ 16.00
DPR26/10/72 N°642
DM 20/08/92

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

CHIEDE

il trasferimento dell'iscrizione dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di _____
all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di VARESE.

profilo **INFERMIERE** **INFERMIERE PEDIATRICO**

A tal fine (consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 28/12/2000 n.445, articoli 46 e 76¹)

DICHIARA

di essere nata/o a (Comune) _____ provincia (_____)

Stato (_____) il ___/___/___ C.F. _____

di essere residente a (Comune) _____ provincia (_____)

Stato (_____) in via/p.zza _____

RECAPITI: ☎ _____ e-mail _____

PEC _____

DOMICILIO (compilare solo se non coincide con la residenza)

Comune _____ prov. _____ CAP _____ Stato _____

Via/Piazza _____

Dichiara, inoltre:

di essere lavoratore subordinato ed operare presso (Azienda/Ente) _____
Comune _____

di essere lavoratore autonomo ed operare presso (Azienda/Ente) _____
Comune _____ P.Iva n. _____

1. "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"..." il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera"

- di essere cittadino _____
- di godere dei diritti civili (iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____)
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla segreteria dell'OPI ogni cambiamento dei dati sopra riportati
- di aver conseguito il diploma/laurea in infermieristica presso (Scuola regionale/Università di) _____ il ____/____/____
- di non aver subito condanne penali (ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445);
- di non trovarsi in una delle condizioni che comportino la radiazione dall'albo o la sospensione dall'esercizio professionale (ai sensi degli art. 42 e 43 del D.P.R. n.221/1950) In caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria _____

La/Il dichiarante afferma di aver preso conoscenza dell'informativa sul trattamento dei dati da parte dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Varese secondo quanto previsto dal Regolamento U.E. 679/16 (consultabile e scaricabile al seguente indirizzo www.opivarese.it amministrazione trasparente/altri contenuti), e di averlo consegnato il Modulo, debitamente compilato e firmato.

Luogo e data

Firma

(se non sottoscritta in presenza del dipendente addetto, allegare documento di riconoscimento)

ALLEGARE I SEGUENTI DOCUMENTI

1. n° 1 marca da bollo da € 16,00 (sedici/00);
2. n° 2 fotografie formato tessera uguali e recenti, delle quali una verrà legalizzata (*ai sensi dell'art.34 del DPR 445/20001*) da parte dell'Ordine;
3. Copia di un documento di riconoscimento (*Carta d'identità, passaporto, patente*) conforme all'originale ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000;
4. Fotocopia del codice fiscale;
5. Copia del permesso di soggiorno (per i cittadini extraUe)
6. Copia del titolo di studio;
7. Fotocopia della ricevuta del pagamento della tassa relativa all'anno in corso dell'Opi di provenienza;
8. Indirizzo PEC o modulo richiesta attivazione Posta Elettronica Certificata
9. Modulo di consenso relativo al trattamento dei dati personali (Regolamento UE 679/2016 art 13)

Ordine delle Professioni Infermieristiche 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 / ha spedito l'istanza tramite raccomandata A/R in data _____

FIRMA dell'incaricato che riceve l'istanza _____