

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO IN ENTRATA**

(Dpr 05.04.1950 n° 221 art. 10)

Marca  
da bollo  
€ 16,00

**su carta legale** da € 16,00

Al Presidente  
Ordine delle Professioni  
Infermieristiche  
Via E. Maccani 211  
**38121 TRENTO**

Il/La sottoscritt\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 221 l'iscrizione per trasferimento all'albo degli \_\_\_\_\_ tenuto dal su intestato OPI per trasferimento dall'OPI di \_\_\_\_\_

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)*

**DICHIARA**

- di essere nat a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_
- di avere il seguente Codice Fiscale \_\_\_\_\_
- di essere residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Tel. / Cell. \_\_\_\_\_
- di avere il proprio domicilio **professionale** in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_
- di avere il proprio domicilio in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_

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

- di essere cittadino \_\_\_\_\_
- di godere dei diritti civili. \_\_\_\_\_

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

- di essere in possesso del seguente titolo abilitativo alla professione

\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- di esercitare la professione come:

**libero professionista**

**dipendente**

**altro**

- di essere iscritto all'ENPAPI (*Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica*)

- di non essere iscritto all'ENPAPI (*Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica*)

- di essere regolarmente iscritto all'albo degli \_\_\_\_\_ tenuto dall'OPI di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'OPI (articolo 10, lettera c) DPR 5/4/1950 n. 221)

- dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n° 445 di non aver subito condanne penali e/o comunque di non trovarsi in una delle condizioni che, ai sensi degli art. 42 e 43 del D.P.R. n° 221/1950, importino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale

- 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 \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Allegare:

- fotocopia pagamento cartella esattoriale anno in corso
- fotocopia codice fiscale
- n° 1 fotografia formato tessera
- fotocopia carta d'identità

Treatmento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679  
"Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - RGPD"

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e letto l'informativa rilasciata da OPI Trento ai sensi dell'art. art. 13 RGPD UE 2016/679 e ai fini del trattamento dei propri dati personali comuni e sensibili si dichiara consapevole che:

- **per le finalità di cui al punto A - iscrizione e mantenimento l'iscrizione all'Albo**, il conferimento dei dati personali necessari a tali finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il consenso dell'interessato. Sarà invece propria cura *collaborare per mantenere i dati corretti e aggiornati, segnalando tempestivamente errori o modifiche che dovessero interessare i propri dati*;
- **per le finalità di cui al punto B - relative ad attività formative, di consulenza o altri servizi di OPI Trento, erogati anche per mezzo di fornitori esterni, che l'interessato richiede o ai quali aderisce**, il consenso al trattamento dei propri dati personali si ritiene implicito nella richiesta o adesione avanzata;
- **per le finalità di cui al punto C - Altre informazioni e comunicazioni non istituzionali**, Il conferimento dei dati personali necessari a tali finalità non è obbligatorio e il loro trattamento richiede uno specifico consenso. Ai fini del trattamento per tali finalità il sottoscritto:

dà il consenso

nega il consenso

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

OPI di TRENTO

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

\_\_\_\_\_