

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



- 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 del Collegio di cui all'art. 3 del DLCPS 233/46;
- il trattamento viene effettuato con: a) strumenti cartacei; b) 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 Dott. Alfonso Sollami.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 61 del Decreto Legislativo 196/03 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine in via La Spezia 226/A, Telefono 0521/1680836, E-Mail parma@ipasvi.legalmail.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

*Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche della provincia
Di PARMA*

Oggetto: RICHIESTA DI TRASFERIMENTO ISCRIZIONE ALBO PRESSO L'OPI PARMA

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 responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art.76 DPR 28/12/2000 N. 445)

DICHIARA

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

di chiamarsi _____

di essere nato/a a _____ il _____

di essere cittadino/a italiano/a

di essere residente in _____ Prov. _____

C.A.P. _____ in via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

E-Mail _____ PEC _____

(da indicare solo se diverso dalla residenza) di essere domiciliato in _____

in via _____ n. _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio: Diploma/Laurea _____

conseguito presso _____ in data (gg/mm/aaaa) _____

di essere in possesso del seguente codice fiscale _____

- di essere titolare di partita iva n. _____ dal _____
- di avere il domicilio professionale presso _____
sito in _____
- di volersi giovare della previsione di cui alla lett. e) art. 9 D.L.C.P.S. 233/46, come modificato dalla Legge 362/91, in quanto svolge l'attività professionale in questa Provincia quale se dipendente di _____
- 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)
in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria: _____
- 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 godere dei diritti politici e civili
- di essere attualmente iscritto presso l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di _____ dal _____

Il sottoscritto autorizza ad utilizzare il proprio indirizzo email per gli avvisi e le comunicazioni del Collegio. Inoltre, informato ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 esprime con la firma apposta in calce il proprio consenso al trattamento dei dati personali sopra riportati.

Con osservanza.

Parma, _____

Il/La dichiarante

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

AVVERTENZA:

il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 75 DPR 445/2000).