

## TRASFERIMENTI

L'iscritto che trasferisce la residenza in un'altra provincia **deve chiedere** il trasferimento dell'iscrizione all'Albo dell'Ordine nella cui provincia intende stabilire la propria residenza.

### **TRASFERIMENTO DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO PRESSO L'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MODENA**

#### **Requisiti necessari:**

- Essere residenti in Provincia di Modena o aver già richiesto la residenza ad un Comune della Provincia di Modena (in quest'ultimo caso è necessario presentare la certificazione del Comune attestante l'avvenuta richiesta di residenza).

oppure

- Avere il domicilio professionale in Provincia di Modena (chi effettua il trasferimento in base al domicilio professionale dovrà presentare uno stato di servizio o il badge dell'azienda presso cui lavora).
- Essere in regola con i pagamenti dei contributi ai sensi degli artt. 4, 14 e 21 del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233 .
- Non è ammesso il trasferimento dell'iscrizione per il sanitario che si trovi sottoposto a procedimento penale o a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza o a procedimento disciplinare o che sia sospeso dall'esercizio della professione. (all'art. 10 D.P.R. 5-4-1950 n. 221)

#### **Documentazione da presentare:**

1. Domanda di trasferimento all'Albo di Modena (modulo allegato)
2. Marca da Bollo da € 16,00
3. Una fotografia formato tessera recente
4. Fotocopia della ricevuta del pagamento della tassa dell'anno in corso all'OPI di provenienza
5. Documento di Identità originale

**N.B. La domanda deve essere presentata entro il 15 Ottobre**



- Di **non** essere iscritto all'ENPAPI
- Di essere regolarmente iscritto all'albo degli  **Infermieri**  **Infermieri Pediatrici** tenuto dall'OPI di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_.
- Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e alla Federazione (articolo 10, lettera c) (DPR 5/4/1950 n. 221)
- Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAPI (articolo 10, lettera c) (DPR 5/4/1950 n.221)
- Di **non** aver riportato condanne penali (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

**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** \_\_\_\_\_

**Informativa sulla privacy**

Titolare del Trattamento è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Modena, Viale G. Amendola 264, Tel.059.218519 segreteria@opimodena.it nella persona del legale rappresentante pro-tempore

L'OPI di Modena tratta i Suoi dati ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg.to EU 2016/679 per finalità istituzionali, adempimenti contrattuali e obbligo di legge nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza.

I dati verranno trattati in modalità cartacea e su supporti informatici per adempiere alla finalità relativa al trasferimento all'OPI di Modena, saranno trattati da personale debitamente incaricato dal Titolare e non saranno diffusi.

I Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 Reg.to EU 2016/679 e richiedere l'informativa estesa a [segreteria@opimodena.it](mailto:segreteria@opimodena.it)

A cura della Segreteria dell'OPI

**Ordine delle Professioni Infermieristiche di MODENA**

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_ impiegato 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**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_