


| | | | |
|---|---------------------------------|----------------|---|
|  | DOMANDA DI TRASFERIMENTO | Marca da bollo | M ALBO 010 Rev.04 Pag. 1 di 3 13.7.2013 |
| | | | |

Egregio Presidente del Collegio IP.AS.VI. Provincia di Brescia

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

Iscritto al Collegio IPASVI della Provincia di _____ dal _____

Chiede il trasferimento di iscrizione dal suddetto Collegio a quello Provinciale di Brescia

ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/4/1950 n. 21.

A tale fine consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni
(art. 46, 75, 76 DPR 28/12/2000 N. 445)

DICHIARA:

1. Di essere nato a _____ prov. _____ il _____

2. Di essere residente nel comune di _____ prov. _____ Cell. _____

Via/Piazza _____ n. _____ cap _____

email: _____ PEC _____

Da compilare se diverso dalla residenza

3. Di avere il proprio domicilio professionale nel comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ cap _____

4. Di essere cittadino/a _____

5. Di essere in possesso del permesso di soggiorno di tipo _____ con scadenza _____

6. Di aver conseguito in data _____ presso (Scuola /Università) _____

7. Di essere in possesso del seguente titolo abilitativo alla professione di

Infermiere **Assistente Sanitario** **Infermiere pediatrico**

8. Di godere dei diritti civili (*in caso negativo specificare nello spazio*) _____

Di non aver riportato condanne penali (*in caso negativo specificare nello spazio*) _____

9. Di essere in possesso del seguente Codice Fiscale _____

10. Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti al Collegio IPASVI/Federazione (*articolo 10, lettera c*) DPR 5/4/1950 n. 221)

| | | |
|---|---------------------------------|---|
|  | DOMANDA DI TRASFERIMENTO | M ALBO 010 Rev.04 Pag. 2 di 3 13.07.2013 |
|---|---------------------------------|---|

11. Di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAPI (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della professione infermieristica). (articolo 10, lettera c) DPR 5/4/1950 n. 221)
12. 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*)
13. 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
14. 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)

15. Di **non** essere sottoposto a procedimento disciplinare
16. Di **non** essere sospeso dall'esercizio della professione
17. Di **non** essere stato cancellato/a per morosità / irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessun albo provinciale

INFORMATIVA

Ricordiamo che l'iscrizione al Collegio IPASVI è obbligatoria per l'esercizio professionale, e che è vincolata alla comunicazione di:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - cambi di domicilio e/o residenza, - scadenze e rinnovi del permesso di soggiorno, - pagamento delle quote annuali, - variazione numeri telefonici, - variazione indirizzo posta elettronica. | <p>I casi per i quali è attivata la cancellazione sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mancato invio/rinnovo permesso di soggiorno - morosità - irreperibilità accertata - altre situazioni che il Consiglio Direttivo valuterà come inadempimenti |
|--|---|

Autocertificazione CASSA ENPAPI Il/La sottoscritto/a **DICHIARA**

di **non esercitare attività libero professionale**, contestualmente o meno ad altra attività di tipo subordinato.

Di **esercitare attività libero professionale** con il seguente n. di P.IVA _____

- associato allo Studio _____

In alternativa (facoltà di non iscrizione all'Ente):

di **essere iscritto in altro albo professionale** dotato di Ente di Previdenza e di esercitare la facoltà di non iscrizione all'ENPAPI

di **avere compiuto l'età di 65 anni** e di esercitare la facoltà di non iscrizione all'ENPAPI.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato sui requisiti per l'iscrizione obbligatoria all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica.

Brescia, _____

Il/La Dichiarante _____

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)

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



DOMANDA DI TRASFERIMENTO

M ALBO 010

Rev.04

Pag. 3 di 3

13.07.2013

Informativa D.Lgs 196/2003 art. 13

Egregio signore, Gentile signora, 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 all'eventuale iscrizione all'albo;
- I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria della domanda 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 è effettuato: a) con strumenti cartacei; b) con elaboratori elettronici a disposizione presso la sede del Collegio IPASVI di Brescia;
- I dati saranno 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 Presidente pro tempore;
- Il responsabile del trattamento è la Segretaria pro tempore del Collegio;
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti d'accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 rivolgendosi presso la sede di questo Collegio Via P. Metastasio, 26, Brescia, tel. 030/291478 – Fax 030/43194 – e-mail: info@ipasvibs.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.
- Se esistono i presupposti di legge, l'iscrizione sarà deliberata entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda, salvo deroghe di legge.

Liberatoria utilizzo dati

COGNOME NOME (stampatello)

FIRMA (per accettazione)

Fototessera

Collegio IP.AS.VI. di Brescia

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.

Brescia, _____ **FIRMA dell'incaricato che riceve l'istanza**