



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE - ASTI

Piazza Giovanni Gorio, 1 - 14100 Asti - Tel. 0141.33086 - e-mail: asti@cert.ordine-opi.it - info@opiasti.it



www.facebook.com/opiasti/



www.instagram.com/opi_asti/

NORME PER IL TRASFERIMENTO DELL'ISCRIZIONE ALL'OPI DI ASTI

Cittadini non comunitari con titolo conseguito in Italia

Per richiedere il trasferimento dell'iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Asti, occorre produrre i seguenti documenti:

- ✓ **DOMANDA** indirizzata al Presidente dell'OPI: compilare il modulo allegato ed apporre marca da bollo da €16,00;
- ✓ **AUTOCERTIFICAZIONE**: compilare il modulo allegato;
- ✓ **N. 2 FOTOTESSERE** recenti uguali tra loro (firmate sul retro);
- ✓ **ATTESTATO DI PAGAMENTO** della quota d'iscrizione a favore dell'Ordine di provenienza;
- ✓ **CERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL RISPETTO DELL'OBBLIGO VACCINALE** per SARS-CoV-2;
- ✓ **INDIRIZZO PEC** (*Posta Elettronica Certificata*) - **OBBLIGATORIO** -
- ✓ **FOTOCOPIE**:
 - documento d'identità;
 - codice fiscale;
 - le cittadine straniere (o con cittadinanza italiana acquisita) sposate, che hanno adottato il cognome del marito, devono allegare il certificato di matrimonio qualora il cognome riportato sul titolo di studio non coincida con l'attuale
 - permesso di soggiorno

ORARIO APERTURA SEGRETERIA:

Lunedì 09.00 - 12.00 / 15.00 - 18.00

Martedì 09.00 - 12.00

Mercoledì 09.00 - 12.00 / 15.00-18.00

Giovedì 09.00 - 12.00

Venerdì 09.00 - 12.00

Ad iscrizione avvenuta, l'Ufficio provvederà all'invio -
tramite PEC - di relativa notifica

NON STAMPARE I MODULI IN MODALITA' FRONTE/RETRO



Asti, li _____

Marca da Bollo
16€

Al Presidente dell'OPI di Asti

Piazza G. Gorla, n.1

Il/La sottoscritt_____

nat_ a _____ il _____

residente a _____

Via/Corso/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____

PEC _____

CHIEDE

di essere iscritto all'Albo Professionale - tenuto da questo Ordine, per

Infermieri

Infermieri Pediatrici

per trasferimento dall'Ordine Provinciale di _____

ALLEGA:

1. Dichiarazione sostitutiva di certificazione
2. Ricevuta del versamento quota iscrizione a favore dell'Ordine di provenienza
3. n. 2 fototessere firmate sul retro
4. Fotocopia di un documento d'identità
5. Fotocopia codice fiscale
6. Certificazione attestante il rispetto dell'obbligo vaccinale per SARS-CoV-2
7. Fotocopia permesso di soggiorno

IL/LA DICHIARANTE

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

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE - ASTI

Piazza Giovanni Gorla, 1 - 14100 Asti - Tel. 0141.33086 - e-mail: asti@cert.ordine-opi.it - info@opiasti.it



www.facebook.com/opiasti/



www.instagram.com/opi_asti/



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 T.U. - D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 - non soggetta ad autenticazione - esente da bollo D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 37, c. 1)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

Via/Corso/Piazza _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679

DICHIARA

- 2
- di essere nato/a a _____ il _____
 - di avere il seguente Codice Fiscale _____
 - di essere residente in _____
Prov. _____ CAP _____
 - Via/Piazza/Corso _____ n. _____
 - (se diverso da residenza) di essere domiciliato in _____
Prov. _____ CAP _____
 - Via/Piazza/Corso _____ n. _____
 - di avere il proprio domicilio professionale in _____
Prov. _____ CAP _____
 - di essere cittadino/a _____



- di godere dei diritti civili (*in caso negativo non* barrare la casella e specificare nello spazio)

- di **non** aver subito condanne penali e/o comunque di **non** trovarsi in una delle condizioni che, ai sensi degli articoli 42 e 43¹ del D.P.R. n. 221/1950, importino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale

- di aver riportato le seguenti condanne (indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante. Indicare anche le sentenze con non menzione e i patteggiamenti, anche risalenti a più di 5 anni – ex art. 444 c.p.p. - cosiddetto patteggiamento)

3

- 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

¹ L'art. 42 del D.P.R. n. 221/1950 prevede che "La condanna per uno dei reati previsti dal Codice penale negli artt. 446 (commercio clandestino o fraudolento di sostanze stupefacenti) 22, 548 (istigazione all'aborto), 550 (atti abortivi su donna ritenuta incinta) e per ogni altro delitto non colposo, per il quale la legge commina la pena della reclusione non inferiore nel minimo a due anni o nel massimo a cinque anni, importa di diritto la radiazione dall'Albo.

Importano parimenti la radiazione di diritto dall'Albo:

- l'interdizione dai pubblici uffici, perpetua o di durata superiore a tre anni, e la interdizione dalla professione per una uguale durata;
- il ricovero in un manicomio giudiziario nei casi indicati nell'art. 222, secondo comma, del Codice penale;
- l'applicazione della misura di sicurezza preventiva preveduta dall'art. 215 del Codice penale, comma secondo, n. 1 (assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro)".

Il successivo art. 43, c. 1, del D.P.R. n. 221/1950 prevede, altresì, che "Oltre i casi di sospensione dall'esercizio della professione preveduti dalla legge, importano di diritto tale sospensione:

- la emissione di un mandato o di un ordine di cattura;
- l'applicazione provvisoria di una pena accessoria o di una misura di sicurezza ordinata dal giudice, a norma degli artt. 140 e 206 del Codice penale;
- la interdizione dai pubblici uffici per una durata non superiore a tre anni;
- l'applicazione di una delle misure di sicurezza detentive prevedute dall'art. 215 del Codice penale, comma secondo, nn. 2 e 3 (ricovero in una casa di cura e di custodia o ricovero in manicomio giudiziario);

l'applicazione di una delle misure di sicurezza non detentive prevedute nel citato art. 215 del Codice penale, comma terzo, nn. 1, 2, 3 e 4 (libertà vigilata - divieto di soggiorno in uno o più comuni o in una o più province - divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche - espulsione dello straniero dallo Stato)



- di **non** essere sottoposto a procedimento disciplinare
- di **non** essere sospeso dall'esercizio delle Professione
- di essere in possesso del titolo di studio (**PRECEDENTE IL TITOLO PROFESSIONALE di Infermiere/Infermiere Pediatrico**):
 - Biennio Superiore
 - Triennio Superiore
 - Liceo Scientifico
 - Liceo Classico
 - Liceo Linguistico
 - Liceo Artistico
 - Liceo Psico Pedagogico o similare
 - Diploma Magistrale
 - Diploma Istituto Tecnico
 - Diploma Istituto Professionale
 - Laurea
 - _____
 - Altro
- di essere in possesso del seguente titolo professionale
 - Infermiere
 - Infermiere Pediatrico

conseguito il _____ presso _____

4

- 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:
 - Infermieri
 - Infermieri Pediatricitenuto dall'OPI di _____ dal ___ / ___ / _____
- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'OPI (art. 10, lettera c, DPR 05 aprile 1950 n. 221)

Asti, li _____

Firma _____

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE - ASTI

Piazza Giovanni Goria, 1 - 14100 Asti - Tel. 0141.33086 - e-mail: asti@cert.ordine-opi.it - info@opiasti.it



www.facebook.com/opiasti/



www.instagram.com/opi_asti/



**Si certifica che la fotografia a fianco applicata
riproduce l'effigie di:**

Cognome e Nome _____

nato/a a _____

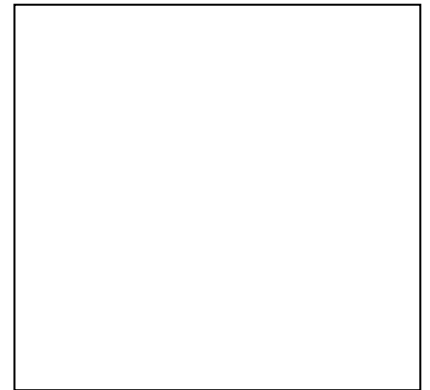
il _____

Documento d'Identità _____

n° _____

rilasciato da _____

il _____



5

Asti, li _____

Firma dell'interessato/a

Firma del Delegato OPI di Asti

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE - ASTI

Piazza Giovanni Gorla, 1 - 14100 Asti - Tel. 0141.33086 - e-mail: asti@cert.ordine-opi.it - info@opiasti.it



www.facebook.com/opiasti/



www.instagram.com/opi_asti/