

	DOMANDA DI TRASFERIMENTO	Marca da bollo	M ALBO 010
			Rev.01 Pagina 1 di 3 08.1.2010
N. prot.	<input type="checkbox"/> Pratica controllata	N. Iscr.	Data CD
Data	<input type="checkbox"/> Pratica completa	Data	

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

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

Iscritto al Collegio IPASVI della Provincia di _____

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

A tale 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:

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

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

Via/Piazza _____ n.° _____ cap _____ e-mail: _____

Da compilare se diverso dalla residenza

3. Di essere domiciliato nel comune di _____ prov. _____ tel. _____

Via/Piazza _____ n.° _____ cap _____

Da compilare se cittadini straniero

4. Indirizzo del Paese d'origine (Nazione) _____ Città _____

Via/Piazza _____ n.° _____ cap _____

5. Di essere cittadino/a _____ e di godere dei diritti civili

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

Il titolo professionale di **Infermiere** **Assistente Sanitario** **Infermiere pediatrico**

7. Di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare L'Autorità Giudiziaria) _____

8. Di essere in possesso del seguente numero C.F. _____

9. _____

10. Di essere in possesso del seguente numero P. .V.A. _____

Brescia, _____

Il/La Dichiarante _____

Dichiarazione resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza delle proprie responsabilità penali in caso di dichiarazione false secondo quanto disposto dall'art. 26 della legge 15/68.

 <p>IPASVI BS</p>	DOMANDA DI TRASFERIMENTO	M ALBO 010 Rev.01 Pagina 2 di 3 08.1.2010
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

Informativa D.Lgs 196/2003 art. 13 ai sensi dell'art. 48 del DPR 445/2000

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 Metastasio 26, 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 verrà deliberata entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda, salvo deroghe di legge.



DOMANDA DI TRASFERIMENTO

M ALBO 010

Rev.01

Pagina 3 di 3

08.1.2010

DICHIARA

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

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.

Liberatoria utilizzo dati

COGNOME NOME
(stampatello)

FIRMA (per accettazione)
