



- Di essere regolarmente iscritto all'albo degli \_\_\_\_\_ 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** \_\_\_\_\_

**\* Allegare alla domanda una foto tessera, una marca da bollo del valore di € 16,00 e la ricevuta di pagamento dell'anno in corso dell'OPI di provenienza.**

**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**

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