

**Al Presidente dell'Ordine  
delle Professioni  
Infermieristiche di Bari  
Viale A. Salandra 1/L  
70124 Bari**

**Bollo € 16,00**

**OGGETTO: DOMANDA DI TRASFERIMENTO.**

Io sottoscritto/a .....

**CHIEDO**

il trasferimento dell'iscrizione dall'Albo dell'Ordine di .....

a quello di Bari in qualità di .....

A tal fine, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della L. n. 15 del 4 gennaio 1968 e successive modificazioni, dichiaro:

di essere nato/a a ..... (prov.....) il .....

Codice Fiscale

.....

di essere residente a ..... C.a.p. ....

in via ..... n. ....

tel....., cell ....., e-mail .....

di essere cittadino .....

di aver conseguito in data ..... presso .....

la laurea/il diploma di .....

di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria);

di essere in possesso di partita IVA SI (n°.....) NO.....

Allego alla presente :

- copia di documento di identità in corso di validità.
- Fotocopia bollettino di pagamento della quota annuale all'ordine di appartenenza, relativa all'anno in corso.

Bari

il Dichiarante