

**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