

All'OPI – Ordine delle Professioni  
Infermieristiche di Prato  
Via A. Alfani, 1  
59100 PRATO PO  
Tel. e fax 0574/29307

marca da bollo  
€ 16,00

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO**  
- contestuale alla dichiarazione sostitutiva di certificazioni -

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

residente a (città - nazione) \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

domiciliato/a in Italia (città) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo di PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto/a all'Albo Professionale per \_\_\_\_\_  
(specificare: Infermiere, Infermiere Pediatrico)

tenuto dal su intestato Ordine.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR28/12/2000 n. 445)

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445  
(barrare e compilare le sole caselle che interessano)

■ di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

■ di essere domiciliato/a in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

■ di essere cittadino/a \_\_\_\_\_

■ di godere dei diritti civili -

■ di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

■ di avere ottenuto l'autorizzazione del Ministero della Salute di Roma all'iscrizione a codesto Collegio in qualità di \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ prot. n° \_\_\_\_\_ come da certificazione a Voi indirizzata dal medesimo Ministero.

■ di essere in possesso del certificato attestante la regolarità del soggiorno rilasciato dal Comune di: \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

■ di non aver mai riportato condanne penali (*in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio a fianco*) \_\_\_\_\_

■ di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale \_\_\_\_\_

■ di non essere al momento iscritto ad altro OPI

■ di non essere stato precedentemente iscritto a questo o ad altro OPI (*in caso positivo indicare quale*) \_\_\_\_\_

**Alla presente allega i seguenti documenti:**

1. 1 marca da bollo da € 16,00 –
2. N° 2 fotografie formato tessera uguali e recenti
3. fotocopia autenticata in carta semplice del certificato attestante la regolarità del soggiorno per i cittadini della U.E.
4. fotocopia in carta semplice di un valido documento di identità -
5. Ricevuta comprovante il pagamento di € 168,00 effettuata sul **c.c.p. n° 8003** intestato a: “Agenzia delle Entrate – Ufficio di Roma 2 - tasse di CC.GG” - Codice Tariffa 8617 – rilascio -
6. Ricevuta comprovante il pagamento di € 140,00 effettuato sul c.c.p. n° 17183500 intestato a **Collegio IP.AS.VI. di Prato** – Causale del versamento: **tassa di prima iscrizione e tassa annuale** (*da consegnare dopo il superamento dell'esame*) –

Prato, \_\_\_\_\_

*Il/la dichiarante*

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

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 75 DPR 445/2000) –**