

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 _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ provincia di _____

via _____ n° _____ CAP _____

domiciliato/a in _____ provincia di _____

via _____ n° _____ CAP _____

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

■ di essere nato/a a _____ il _____

■ di essere residente a _____

via _____ n° _____

■ di essere cittadino/a _____

- di godere dei diritti civili
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito in data _____ presso _____
di _____ con votazione _____
- di essere in possesso del Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di _____
rilasciato il _____ prot. n° _____
- di non aver riportato condanne penali (*in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio disponibile*) _____
- 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 ad altro OPI (*in caso positivo indicare quale*)

Alla presente allega i seguenti documenti:

1. N° 2 fotografie formato tessera uguali e recenti
2. Fotocopia autenticata in carta semplice della certificazione di riconoscimento del titolo di studio estero quale abilitante per l'esercizio professionale in Italia rilasciata dal Ministero della Salute
3. Fotocopia in carta semplice di un valido documento di identità
4. Fotocopia autenticata in carta semplice del titolo di _____
e relativa traduzione di detto titolo certificata conforme al testo originale -
5. Ricevuta comprovante il pagamento di € 168,00 (tassa di concessione governativa) effettuata sul **c.c.p. n° 8003** intestato "Agenzia delle Entrate – Ufficio di Roma 2 - tasse di CC.GG" - Codice Tariffa 8617 – Causale del Versamento: "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 iscrizione e tassa annuale* –

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) –*