

All'OPI – Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Prato
Via A. Alfani, 1
59100 PRATO PO

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 essere in possesso del Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di _____ rilasciato il _____ prot. n° _____
- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato dalla Questura 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 della certificazione di riconoscimento del titolo di studio estero quale abilitante per l'esercizio professionale in Italia rilasciata dal Ministero della Salute
4. fotocopia autenticata in carta semplice del permesso (o carta) di soggiorno valido -
5. fotocopia in carta semplice di un valido documento di identità -
6. fotocopia autenticata in carta semplice del titolo di _____ e relativa traduzione di detto titolo certificata conforme al testo originale –
7. 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 -
8. 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) –