

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 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 del permesso (o carta) di soggiorno valido -
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) –