

La/il sottoscritta/o _____ **chiede di essere iscritta/o all'Albo professionale per** _____ tenuto da codesto Ordine.

(specificare: Infermiere, Assistente Sanitario, Infermiere Pediatrico)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 218/12/200 n. 455)

DICHIARA ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 N. 455

1. di essere nata/o il ____ / ____ /19 a _____ prov. _____
2. di essere residente in _____ cap ____ prov. ____ via/piazza _____
n° ____ tel. _____ cell. _____ tel. lav. _____
e-mail _____ PEC _____
3. di essere cittadina/o _____
4. di aver istanza di riconoscimento del titolo di studio estero, decreto del ____ / ____ n° _____
5. di godere dei diritti civili (ossia di non essere stato interdetto, né inabilitato, né fallito nel quinquennio antecedente e di non avere in corso procedure con lo stesso oggetto)
6. di aver conseguito laurea in _____ in data ____ / ____ con votazione _____
presso Università degli studi di _____ a _____
cap ____ in via _____ (indicare la denominazione della
Università con l'indirizzo completo della via e della città in cui è ubicata la Segreteria della Facoltà di Medicina e Chirurgia che ha
rilasciato la Laurea)
7. di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante)

8. di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____
9. di essere in possesso di partita I.V.A. n° 0 _____
10. di non essere attualmente iscritta/o al altro ordine OPI (in caso positivo indicare quale) _____
11. di non essere stata/o precedentemente iscritta/o ad altro ordine OPI (in caso positivo
indicare quale, motivo e anno di cancellazione) _____
12. di possedere il seguente titolo di studio di scuola media superiore diploma conseguito presso
_____ di _____ in data ____/____/____

Firma per esteso del dichiarante

Matera, lì _____

(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)

Controlli sulla veridicità di quanto dichiarato

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000.

Matera, lì _____

Firma per esteso del dichiarante

Allegati:

- ricevuta comprovante il pagamento di €. 168,00 (tassa concessioni governative) effettuato sul c.c.p. 8003;
- n° 3 fotografie formato tessera di cui una autenticata;
- fotocopia del codice fiscale e permesso di soggiorno;
- ricevuta comprovante il pagamento di €. 120,00 n° ____ del ____/____/20____
- copia autenticata del certificato di laurea in _____

(indicare per esteso: Infermiere o Infermiere Pediatrico)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003

Il La sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, per il perseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.

Firma per esteso del dichiarante

Ai sensi dell'art. 20 della l. 4/1/1968 n. 15 attesto che la sottoscrizione delle dichiarazioni rese è stata apposta in mia presenza dal dichiarante preventivamente ammonito sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

Matera, lì _____

IL SEGRETARIO DELL'ORDINE
LOPERFIDO FRANCO