

Prot. N° _____ / _____ del ____/____/20____

**Al Presidente del
ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
VIA CICERONE N. 23 - 75100 MATERA**

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 e 47 del DPR 28/12/2000 N. 455

1. di essere nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____
2. di essere residente in _____ cap _____ prov. _____ via/piazza _____
n° _____ tel. _____ cell. _____ tel. lav. _____
e-mail _____ PEC _____
3. di essere cittadina/o ITALIANA
4. 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)
5. 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)
6. di non aver subito condanne penali e/o comunque di non trovarsi in una delle condizioni
che, ai sensi degli articoli 42 e 43 del D.P.R. n. 221/1950, importino la radiazione dall'Albo
o la sospensione dall'esercizio professionale
7. di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____
8. di essere in possesso di partita I.V.A. n° 0 _____
9. di non essere attualmente iscritta/o al altro ordine OPI (in caso positivo indicare quale) _____
10. di non essere stata/o precedentemente iscritta/o ad altro ordine OPI (in caso positivo
indicare quale, motivo e anno di cancellazione) _____
11. di possedere il seguente titolo di studio di scuola media superiore diploma conseguito presso
_____ di _____ in data ____ / ____ / ____

Firma per esteso del dichiarante

Matera, li _____

(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, li _____

Firma per esteso del dichiarante

Allegati:

- ricevuta comprovante il pagamento di €. 168,00 (tassa concessioni governative) effettuato sul c.c.p. 8003;
- n° 2 fotografie formato tessera di cui una autenticata;
- fotocopia del codice fiscale e documento di riconoscimento;
- ricevuta comprovante il pagamento di €. 140,00 n° _____ del ____/____/20____
- copia autenticata del certificato di laurea in _____

(indicare per esteso: Infermiere, Assistente Sanitario 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, i dati di iscrizione possono essere oggetto di verifiche telematiche cumulative da parte di soggetti istituzionali.

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, li _____

IL SEGRETARIO DELL'OPI
Ilenia TAMBORRINO