

O.P.I. DI ANCONA
CITTADINI EXTRAUE
DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO dell'O.P.I. di Ancona

Marca da Bollo
Euro 16,00

Al Presidente
dell'O.P.I. di ANCONA

___l___ sottoscritt _____

CHIEDE

di essere iscritt _____ all'Albo Professionale degli/delle:

- INFERMIERI**
 INFERMIERI PEDIATRICI

tenuto dal su intestato Ordine. A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o dichiarazioni mendaci sotto la sua personale responsabilità (art. 47 e 76 DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

(barrare le caselle che interessano)

- di essere nato/a _____ il ____/____/_____
 di essere cittadino/a _____
 RESIDENZA

di essere residente a:(.....) CAP,
Via/piazzaN,
Tel Cell

- DOMICILIO PROFESSIONALE E ABITATIVO** (può essere allegato stato di servizio, copia del badge oppure autocertificazione)

- **di lavorare presso:**di (.....),
ViaN..... CAP,
- **di avere il domicilio abitativo a:** (.....) CAP,
Via/piazzaN,
Tel Cell

- di aver conseguito il Diploma/Laurea di _____ in data ____/____/_____
presso (*scuola/università*) _____ con votazione _____
 di godere dei diritti civili
 di non aver riportato condanne penali e di non essere sottoposto a procedimenti penali (*in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria*) _____
 numero di codice fiscale _____
 di essere in possesso della **partita IVA n.** _____
 di non essere *attualmente* iscritto/a ad altro O.P.I. (*in caso positivo indicare quale*) _____
 di non essere stato/a *precedentemente* iscritto/a ad altro O.P.I. (*in caso positivo indicare quale*) _____
 di essere in possesso del **Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute** rilasciato il _____
Prot. n° _____ per esercitare in Italia la professione di:

Infermiere **Infermiere Pediatrico**

- di essere in possesso di regolare **permesso di soggiorno/carta di soggiorno/attestazione di regolare soggiorno in Italia per cittadini dell'Unione Europea** _____ rilasciato/a il _____ da _____
(Questura/Comune) di _____

- Fotocopia documento di identità;
- Fotocopia del codice fiscale o tessera sanitaria
- n° 2 fotografie formato tessera uguali e recenti (firmate sul retro);
- Ricevuta di versamento di Euro 168,00 sul c/c/p 8003
- Altro _____

Ancona, _____

Il/la Dichiarante _____
(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3,
comma 10 della legge 127/97)

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice della Privacy (D. Lgs. 196/03 D. Lgs. 101/18) sono informato che il trattamento dei miei dati personali avverrà anche con mezzi informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per i quali sono stati raccolti

Firma _____

Avvertenza: il dichiarante decade dagli eventuali benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000)