

O.P.I. DI ANCONA

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO O.P.I. DI ANCONA- CITT. ITALIANI

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 sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000)

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 (barrare le caselle che interessano)

di essere nato/a _____ Prov. _____ Stato _____

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 seguente titolo abilitativo alla professione (Diploma/Laurea) di _____

in data ___/___/___ presso (scuola/università) _____

sede di _____ con la seguente votazione _____

di godere dei diritti civili (in caso negativo non barrare la casella e specificare nello spazio) _____

di avere/non aver (cancellare la parte che non interessa) riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. – cosiddetto patteggiamento)

di essere/non essere (cancellare la parte che non interessa) destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

di essere/non essere (cancellare la parte che non interessa) a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

di avere il seguente codice fiscale _____

di essere/non essere (cancellare la parte che non interessa) 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) _____

Allega:

- 2 foto formato tessera uguali e recenti (firmate sul retro)
- ricevuta del versamento di Euro 168,00 c/c/p 8003
- fotocopia documento d'identità
- fotocopia codice fiscale o tessera sanitaria
-

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)