

Il/La sottoscritto _____
nata/o a _____ (_____) il _____
residente a _____ (_____) Cap _____
Via/Piazza _____ n. _____

chiede di essere iscritt_____ all'Albo professionale

- ☐ **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 DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445
(barrare solo le caselle che interessano)

- ☐ di essere nato/a a _____ (_____) il ____/____/_____
☐ di essere residente in _____ (_____)
Via/Piazza _____ n. _____
Cell. _____ Tel. _____
email _____ PEC _____
☐ di avere il proprio domicilio (solo se diverso dalla residenza) _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____
☐ di avere il proprio domicilio professionale _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____
☐ di essere cittadino/a _____
☐ di godere dei diritti civili (in caso negativo non barrare la casella e specificare) _____
☐ di essere in possesso del titolo di studio : _____
conseguito in data _____ presso Scuola/Università _____

☐ di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____
☐ di **non** aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di patteggiamento della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. – *cosiddetto patteggiamento*) (In caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante)

- ☐ di **non** essere 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 normativa vigente
- ☐ di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- ☐ di **non** essere *attualmente* iscritto ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) (in caso positivo indicare quale)_____
- ☐ di non essere stato *precedentemente* iscritto a questo o ad altro Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) d'Italia (in caso positivo indicare quale, motivo e anno di cancellazione)

Arezzo, _____

Il/La Dichiarante_____

(La presente dichiarazione non necessita della autenticazione della firma)

N.B. la firma va apposta in presenza dell'Impiegata

AVVERTENZA: Il/La dichiarante decade dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 75 DPR 445/2000)

ALLEGA:

- ☐ n° 2 fotografie formato tessera uguali e recenti;
- ☐ Fotocopia della Carta d'identità
- ☐ Fotocopia del Codice fiscale
- ☐ Versamento quota anno 2020 pari ad € 60,00
- ☐ Attestazione della ricevuta di versamento di €168,00 sul c/c postale n.8003 – intestato a: “Agenzia delle entrate – Tasse e Concessioni Governative” cod. identificativo 8617 ”;
- ☐ Modulo Adesione PEC (Posta Elettronica Certificata)
- ☐ Altro _____