



**AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE**
VIA MARCO PERENNIO 24/B
52100 AREZZO

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 Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la
professione di Infermiere rilasciato il _____ prot. _____
 di aver superato con esito positivo l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana
presso la sede dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di _____ svolto in
data _____
 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 foto formato tessera uguali e recenti;
- Fotocopia Carta Identità;
- Fotocopia Codice Fiscale;
- Versamento quota anno iscrizione all’Albo pari ad € 60,00;
- Attestazione ricevuta versamento pari ad € 168,00 sul c/c postale 8003, intestato a Agenzia delle Entrate Tasse e Concessioni Governative;
- Copia del Decreto rilasciato dal Ministero della Salute che autorizza alla professione di Infermiere in Italia o copia autenticata ai sensi dell’art. 18 del DPR 445/2000;
- Copia autenticata del Diploma di Infermiere conseguito in un Paese terzo, con traduzione in lingua italiana;
- Modulo adesione PEC (Posta Elettronica Certificata)