



**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 essere in possesso del regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato  
da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- di aver superato con esito positivo l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana e delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio professionale in Italia 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;
- Fotocopia del Permesso di Soggiorno o Carta di Soggiorno;
- Modulo adesione PEC (Posta Elettronica Certificata).