



**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 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;
- Modulo adesione PEC (Posta Elettronica Certificata).