

O.P.I. DI ANCONA
CITTADINI EXTRA UE e UE
DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO dell'O.P.I. di Ancona

Marca da Bollo
Euro 16,00

**Al Presidente
dell'O.P.I di ANCONA**

___l___ sottoscritt ___

CHIEDE

ai sensi dell'art. 10 del DPR 05/04/1950 N. 221 **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*) e comunque di non trovarsi in una delle condizioni che, ai sensi degli artt. 42 e 43 del D.P.R. n. 221/1950, importino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale
☐ 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*) _____
☐ di essere in possesso del **Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute** rilasciato il _____
Prot. n° _____ per esercitare in Italia la professione di:

☐ **Infermiere**

☐ **Infermiere Pediatrico**

☐ di essere in possesso di regolare: **permesso di soggiorno/carta di soggiorno/attestazione di regolare soggiorno in Italia per cittadini dell'Unione Europea** (cancellare la parte che non interessa) rilasciato/a il _____ da _____ (Questura/Comune) di _____

Allegati:

- ☐ Fotocopia documento di identità;
- ☐ Fotocopia del codice fiscale o tessera sanitaria
- ☐ n° 2 fotografie formato tessera uguali e recenti (firmate sul retro);
- ☐ Ricevuta di versamento di Euro 168,00 sul c/c/p 8003
- ☐ Altro _____

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 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)