

**Ordine delle Professioni Infermieristiche
di Cremona**



Domanda di iscrizione

Al Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cremona

__ l__ sottoscritt__ _____
cognome e nome

CHIEDE

Di essere iscritt __ all'Albo Professionale degli

Infermieri

Infermieri Pediatrici

tenuto da codesto 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 DPR 28/12/2000 n.445

1. di essere nat __ a _____ (____) il _____
codice fiscale _____;

2. di essere di sesso: M F

3. recapiti:

di essere residente in _____ prov.

_____ Via/Piazza _____ N. _____ C.A.P. _____

Recapito telefonico _____ / _____ cellulare _____ indirizzo e-mail

di aver domicilio (*compilare solo diverso dalla residenza*)

in _____ prov. _____ -

Altre info: _____

Via/Piazza _____ N. _____ C.A.P. _____

Recapito telefonico _____ / _____

Indicare motivo cancellazione (dimissioni volontarie, procedimento disciplinare, morosità nel pagamento delle tasse di iscrizione, etc.):

Di essere attualmente:

in attesa di occupazione libero professionista lavoratore subordinato

Presso (solo per lavoratore subordinato):

indicare ente/istituto pubblico privato

con sede in: _____

Avvalendosi della normativa prevista dalla L. 4 gennaio 1968 n. 15, dalla L. 7 agosto 1990 n. 241 dalla L. 15 maggio 1997 n. 127 e del DPR 20 ottobre 1998 n. 403, allega i seguenti documenti:

Allega (barrare le caselle corrispondenti):

- due fotografie formato tessera;
- Attestazione del versamento sul c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara – Tasse Concessioni Governative (precisando come causale “Iscrizione Albo OPI Cremona”) di € 168,00;
- Attestazione del versamento di € 103,00 sul c/c bancario acceso presso BANCO POPOLARE DI CREMONA – codice IBAN IT 70 K 0503411401 000000230176 intestato a Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cremona (precisando come causale “Quota ammissione e quota anno _____”);
- fotocopia codice fiscale;
- fotocopia documento di identità in corso di validità;

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e ricevuto in copia “l’informativa e richiesta consenso per il trattamento di dati personali”.

Documento informativo ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 D.Lgs 30/06/2003 n. 196

Cremona, _____

IL/LA DICHIARANTE

(esente da autentica di firma ai sensi dell’art. 3, comma 10 della legge 127/97. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera art. 75-76 DPR 445/2000)

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

PER I SOLI CITTADINI STRANIERI

Cittadini comunitari

Dichiara di aver ottenuto dal Ministero della Salute:

l'equipollenza titolo di studio in data _____

l'autorizzazione per l'iscrizione all'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di _____ in data _____

Dichiara di aver sostenuto con esito positivo l'esame per l'accertamento della conoscenza parlata e scritta della lingua italiana il _____ presso _____

Cittadini extracomunitari

Dichiara di aver ottenuto dal Ministero della Salute l'equipollenza del titolo di studio il _____

Dichiara di aver sostenuto con esito positivo l'esame per la conoscenza parlata e scritta della lingua Italiana e delle specifiche disposizioni che regolano l'attività professionale in Italia il _____ presso _____

Di essere in regola con il permesso di soggiorno scadente il _____

Cremona, _____

IL/LA DICHIARANTE

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera art. 75-76 DPR 445/2000)