MODULO DI RICHIESTA ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE

Al Presidente OPI AOSTA

Via Boson 6

11100 Aosta

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il/La sottoscritto/a_____

CHIEDE

Di essere iscritto/a all'Albo Professionale degli infermieri/infermieri pediatrici (mettere una X) 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 del DPR 445/2000 (barrare e compilare solo le caselle che interessano)

◯ DI ESSERE NATO/A A_____PROV._____IL ___/___/_____

◯DI ESSERE RESIDENTE IN _____PROV._____ CAP_____

◯DI AVERE DOMICILIO PROFESSIONALE IN_____PROV_____

VIA/FRAZIONE_____

CELLULARE_____

INDIRIZZO MAIL_____

NB.: PER ESSERE ISCRITTI OPI DI AOSTA LA RESIDENZA O DOMICILIO PROFESSIONALE DEVE ESSERE IN PROVINCIA DI AOSTA

◯Codice fiscale_____

◯Di essere cittadino_____

◯Di godere dei diritti civili

◯Di essere in possesso del seguente titolo di studio

_____

Conseguito il _____/_____/_____

Presso_____

◯Di non aver riportato condanne penali(in caso positivo, non barrare la casella ma specificare)

◯Di non essere in possesso di partita IVA (in caso positivo indicare il numero) N_____

◯ Di non esercitare attività libero professionale né individualmente, né in forma associata o in società professionali, né quale di socio cooperativa sociale, né sotto forma di collaborazione coordinata

◯ Di non essere attualmente iscritto ad altro OPI

◯ Di non essere stato iscritto ad altra sede provinciale OPI (in caso positivo indicare quale_____)

Allega alla presente

- 1 marca da bollo di 16 euro.
- 2 fotografie formato tessera uguali e recenti di cui verrà legalizzata ai sensi dell'articolo 34 D.P.R. 445/2000 da parte OPI e una verrà posta sul tesserino.
- Copia della carta d'identità.
- Copia del codice fiscale.
- Ricevuta di versamento di 168,00 EURO sul c.c.p. 8003 Ufficio Registro-Concessioni governative-Roma, causale: *TASSA PRIMA ISCRIZIONE OPI AOSTA*
- Ricevuta di versamento di 150,00 euro quale prima quota d'iscrizione OPI Aosta c.c.p. 13888144 intestato a OPI Aosta
- Originale o copia titolo professionale infermiere/Laurea in scienza infermieristica

Luogo e data

Firma Leggibile_____