



**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DELLA CIRCOSCRIZIONE DI PISA**



DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pisa

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI O MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ART. 76 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

**DICHIARA
ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000**

Di essere:

- nato il _____ a/in _____ Prov. _____;
- residente in Via/Viale/Piazza _____ n. _____
nel Comune di _____ Località _____ CAP _____;
(solo se diverso dall'indirizzo di residenza)
- Domiciliato in Via/Viale/Piazza _____ n. _____
nel Comune di _____ Località _____ CAP _____;

con **Telefono** _____ **Cell.** _____;

E-MAIL _____;

P.E.C _____;

- Di avere il seguente Codice Fiscale _____;
- Di essere cittadino _____;

(Di seguito, barrare solo le caselle che interessano)

Di godere dei diritti civili _____ (in caso negativo non barrare la casella e specificare nello spazio);

Di essere in possesso del regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato il _____
dalla Questura di _____;





ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA CIRCOSCRIZIONE DI PISA



- Di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- Laurea in Infermieristica -conseguito il _____ presso _____
- Diploma Universitario -conseguito il _____ presso _____
- Diploma I.P. -conseguito il _____ presso _____
- Laurea in Infermieristica Pediatrica -conseguito il _____
presso _____
- Diploma V.I. -conseguito il _____ presso _____
- Master Sanità Pubblica -conseguito il _____ presso _____
- Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche- conseguito il _____ presso _____

- Di essere in possesso del Decreto di autorizzazione per esercitare in Italia la professione infermieristica
rilasciato dal Ministero della Salute il _____
con Protocollo n° _____

- Di essere in possesso della Partita IVA n° _____

- Di non essere attualmente iscritto ad altro OPI (in caso positivo indicare quale) _____

- Di non essere stato precedentemente iscritto ad altro OPI (in caso positivo indicare quale)

(Di seguito, barrare solo le caselle corrispondenti alla propria situazione giuridica)

- Di non aver riportato condanne penali;
- Di aver riportato condanne penali, emesse dalla seguente Autorità Giudiziaria

- Di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;





ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA CIRCOSCRIZIONE DI PISA



CHIEDE

- Di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pisa in qualità di:

- Infermiere
 Infermiere Pediatrico

Alla presente allega i seguenti documenti:

1. Marca da Bollo da € 16,00;
2. Ricevuta di versamento della tassa di concessioni governative (pagamento di € 168,00 da effettuarsi tramite bollettino di c/c postale N. 8003, intestato all'Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara - Tasse Concessioni Governative, codice 8617 – tipo di versamento "Rilascio" -bollettino reperibile presso gli Uffici Postali)
3. copia del titolo di studio;
4. copia del Decreto rilasciato dal Ministero della Salute che autorizza l'esercizio della professione infermieristica in Italia o copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000 (*);
5. copia documento di identità in corso di validità;
6. copia Codice Fiscale in corso di validità;
7. copia del Permesso di Soggiorno o Carta di Soggiorno o copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000;
8. Ricevuta di versamento della quota di Iscrizione all'Albo (previo rilascio dell'avviso PAGO PA da parte dell'Ordine);
9. foto formato tessera;

Luogo e Data _____

FIRMA _____
(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10
della L. 127/97)

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

