

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO
DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO IN POSSESSO
DI UN TITOLO ABILITANTE CONSEGUITO IN ITALIA**
prima del 27/3/99
o dopo il 27/3/99 (con permesso di soggiorno per motivi di lavoro o familiare)

**MARCA DA
BOLLO
Euro 16,00**

**AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI IMPERIA**

..I.. sottoscritt. _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/00), chiede di essere iscritt... all'Albo degli Infermieri Professionali tenuto da codesto Ordine.
A tal fine

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

1. Di essere nat... il ____/____/____ a _____ Stato _____
2. Di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____
3. Di essere residente in _____ prov. _____
4. Via /P.za _____ n. _____ sc. _____ int _____ C.A.P. _____
5. N°.Tel. _____ e-mail _____
6. Di essere cittadino/a _____
7. Di godere dei diritti civili;
8. Di aver conseguito il Diploma di Infermiere presso (Scuola o Univer.) _____ in data _____
9. Di non essere stato iscritto in soprannumero al corso per il conseguimento del titolo abilitante (ovvero di essere stato iscritto in soprannumero, per effetto di protocolli esecutivi di accordi culturali e di programmi di cooperazione allo sviluppo, nonché di accordi tra università italiane e università dei paesi interessati, di studenti stranieri beneficiari di borse di studio assegnate dal Ministero degli Esteri o dal Governo di Paesi di provenienza).
10. Di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria)
11. Di essere in possesso di partita I.V.A. n. _____
12. Di non essere stato iscritto precedentemente ad altro Ordine/Collegio (in caso positivo indicare quale è il motivo della cancellazione).
13. Di non essere iscritto attualmente ad altro Ordine (in caso positivo indicare quale è il motivo della cancellazione).

Alla presente il/la sottoscritto/a allega la seguente documentazione :

- a) Fotocopia del permesso di soggiorno;
- b) Due foto formato tessera uguali e recenti, di cui una autenticata in carta semplice *;
- c) Ricevuta di bonifico di Euro 110,00 sul c/c c IT06C0760110500001044849147 Ordine delle Professioni Infermieristiche di Imperia;
- d) R ricevuta di versamento di Euro 168,00 sul c/c n.8003 intestato a Ufficio Tasse Concessioni Governative di Pescara.

Imperia, _____ Il/La Dichiarante _____

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

* L'autentica delle copie e della fotografia può essere effettuata direttamente allo sportello esibendo l'originale

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA(art. 75 DPR 445/00).