

marca da bollo
16.00 euro

Il/ La sottoscritto/ a _____ nato/a _____

il _____ (_____) Residente a _____

via _____ n° _____

CHIEDE

di essere iscritto/a all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Caltanissetta

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.44)

DICHIARA

Ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000 N.445

Di essere nato/a _____ (_____) il _____

Di essere Residente in _____ cap _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

Cellulare _____ Mail _____ @ _____

Di essere cittadino Italiano

Di godere dei diritti civili

Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____

Conseguito in data _____ con votazione _____ presso L'Università di _____

Di non aver riportato condanne penali

Di essere in possesso del seguente numero di Codice Fiscale _____

Di non essere attualmente iscritto ad altro Ordine

Di non essere stato precedentemente iscritto presso altro ordine O.P.I. o Collegio

ALLEGA:

- Marca da bollo €16,00
- N.3 Foto formato tessera
- Ricevuta del versamento di € 130,00 IBAN: IT2610503616702CC4870001163 – Banca Agricola Popolare di Sicilia intestato a: Ordine Professioni Infermieristiche di Caltanissetta
- Ricevuta del versamento di € 168,00 sul c/c 8904 tasse governative
- Fotocopia Diploma o Laurea di I Livello
- Fotocopia Codice Fiscale
- Fotocopia Carta d'Identità
- Autocertificazione Carichi Pendenti

Caltanissetta li _____

Il Dichiarante _____

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