

Al Presidente
OPI AOSTA
Via Boson, 6
11100 AOSTA

Oggetto: Domanda di nuova iscrizione

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
Residente a _____
Via/Piazza _____ n. _____
Domiciliato in _____ cap. _____
Via/Piazza _____ n. _____
Recapito telefonico _____
Sede di lavoro _____
Indirizzo email _____

CHIEDE

di essere iscritt__ all'Albo Professionale degli _____ tenuto dal su
intestato 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

(barrare e compilare solo le caselle che interessano)

- Di essere nato/a il _____ a _____ prov. _____ *
- Di essere residente in _____ c.a.p. _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n° _____ *
- Di essere cittadino/a _____
- Di godere dei diritti civili *
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito in data _____ con votazione _____ presso _____ *
- Di non aver riportato condanne penali (*in caso positivo non barrare la casella, ma indicare
l'Autorità Giudiziaria*) _____ *
- Di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____ *
- Di essere in possesso di partita I.V.A. n. _____
- Di non essere *attualmente* iscritto ad altro OPI provinciale (*in caso positivo indicare
quale*) _____ *
- Di non essere stato *precedentemente* iscritto ad altro OPI provinciale IPASVI (*in caso
positivo indicare quale*) _____ *

Allega altresì:

- 1 marca da bollo da € 16,00;
- n. 2 fotografie formato tessera uguali e recenti di cui una verrà legalizzata ai sensi dell'art. 34
DPR 445/2000 da parte del Collegio, una verrà apposta sul tesserino.
- copia della carta di identità;
- copia del codice fiscale;
- ricevuta di versamento di € 168,00 sul c.c.p. 8003 intestato all'Uff. Registro - Concessioni
governative - Roma;

- versamento di € 110.00 quale prima quota d'iscrizione all'Albo sul c.c.p. 13888144 intestato a OPI Aosta.
- Originale o copia autenticata del diploma/laurea di Infermiere (o Assistente Sanitario o Infermiere Pediatrico)

Distinti saluti

Luogo e data _____ Il/la Dichiarante (Firma leggibile)_____

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