

Marca da
bollo da
€. 16,00

Spett.le
OPI ASTI
Piazza Gorla 1
14100 ASTI

Il sottoscritto
nato a il
residente in CAP.
Via..... n.
Domicilio professionale
codice fiscale
indirizzo E-Mail
indirizzo PEC
Telefono..... Cellulare
Titolo di studio: Diploma Laurea
Con qualifica di: Infermiere Infermiere Pediatrico
Presso la Scuola Università
di in data
attualmente iscritto all'OPI di
al N° di posizione

CHIEDE

di essere iscritto all'albo di codesto Ordine Provinciale a seguito cambio di
residenza.

Distinti saluti.

.....

(data)

.....

(Firma)

Allega:

- autocertificazione (ved. modulo allegato)
- n. 2 fotografie formato tessera
- Ricevuta pagamento quota anno in corso

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(art. 2 L. 15/68 – art. 3 comma 10 L. 127/97er art. 1 D.P.R. 403/98)

Io sottoscritto

Codice Fiscale

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 26 della Legge 4.01.1968 n. 15 (questa amministrazione procederà a controllo, anche a campione, delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. 20.10.1998 N. 403)

DICHIARO

* Di essere nato a il

* Di essere residente in CAP

Via N Tel.

* Di essere cittadino

* L'assenza di precedenti penali

(in caso affermativo è obbligatorio allegare il Casellario Giudiziale non anteriore ai tre mesi dal rilascio)

* Di godere dei diritti politici

* Di avere conseguito il titolo di: Infermiere Infermiere Pediatrico

presso:

Università degli Studi di sede di

Scuola di sede di

in data con votazione

Data Firma

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO VALIDO

Ai sensi dell'art. 10 della Legge 31.12.1996 n. 675 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite. Il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto documentazione dei requisiti che danno titolo all'iscrizione.

Il sottoscritto autorizza, pertanto, l'OPI di Asti (titolare del trattamento dei dati) all'utilizzo dei predetti.

Data

Firma