

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO  
DI CITTADINO STRANIERO NELL'U.E. DAL 01/01/2007 IN POSSESSO  
DI UN TITOLO ABILITANTE CONSEGUITO IN PAESE TERZO**

**MARCA DA  
BOLLO  
Euro 16,00**

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

..l.. 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. \_\_\_\_\_  
(In alternativa: dichiarazione sostitutiva di atto di notorio riguardante il domicilio professionale)
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 non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria)
9. Di essere in possesso di partita I.V.A. n. \_\_\_\_\_
10. Di non essere stato iscritto precedentemente ad altro Collegio/Ordine (in caso positivo indicare quale è il motivo della cancellazione).
11. Di non essere iscritto attualmente ad altro Collegio/Ordine. (in caso positivo indicare quale è il motivo della cancellazione).
12. Di essere a conoscenza che, qualora non presenti la carta di soggiorno entro 120 giorni dall'iscrizione, sarà cancellato dall'albo.

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

- a) Copia autenticata del Diploma/Laurea Professionale con traduzione\*;
- b) Fotocopia del decreto del Ministero della Sanità\*;
- c) Copia autenticata della carta di soggiorno, ovvero della richiesta della carta di soggiorno alla questura, direttamente o tramite gli uffici postali\*;
- d) Due foto formato tessera uguali e recenti, di cui una autenticata in carta semplice \*;

**Il sottoscritto si riserva di presentare:**

- ricevuta di bonifico di Euro 110,00 sul c/c IBAN IT34Z0301503200000003820736 intestato a ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE - BANCA FINECO
- ricevuta di versamento di Euro 168,00 sul c/c n.8003 intestato a Ufficio Tasse Conc. Governative di Pescara dopo che sarà stato superato con esito positivo l'accertamento della conoscenza della lingua italiana e delle speciali disposizioni che regolano l'esercizio professionale in Italia.

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).