

Al Presidente
OPI
II Trav. Firenze, 9
88900 CROTONE

Il/La sottoscritto/a _____
con C.F. _____

CHIEDE

di essere iscritto/a all'Albo professionale come **[II] o [IP]** tenuto da codesto 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. 45), **DICHIARA** ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 45 che:

- di essere nato/a il _____,
- a _____ prov. _____;
- di essere residente a _____ C.A.P. _____ prov. _____;
in via _____ n° _____;
tel. _____/_____;
mail _____;
- di essere cittadino _____;
- di godere dei diritti civili;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
_____ conseguito in data _____
con votazione _____ presso _____;
- di non aver riportato né di avere condanne penali pendenti;
- di essere in possesso della partita IVA n° _____;
- di non essere attualmente iscritto ad altro Ordine Professionale;
- di non essere attualmente iscritt _____ o stato sospeso o radiato dall'Albo Professionale OPI.

Allega:

1. Due fototessere uguali e recenti;
2. Ricevuta del versamento ccp n.8003 (tassa di concessione governativa) pari ad € 168,00, intestato a Agenzia delle Entrate (cod. 8617);
3. ricevuta del versamento ccp 23534951 intestato a Ordine Professioni Infermieristiche II Trav. Firenze 9 88900 Crotone pari a € 71,00
4. Certificato di laurea in scienze infermieristiche, (l'autocertificazione in base all'art. 15 del DPR 445/2000 sostituisce momentaneamente il certificato di laurea);
5. Versamento della Tassa regionale per l'abilitazione all'esercizio della professione da pagare attraverso <https://pagopa.regione.calabria.it/pa/sceltaEnte.html?redirectUrl=home.html> cliccare su Regione Calabria, poi tassa per l'abilitazione all'esercizio professionale e seguire le indicazioni riportate.
6. N. 2 Marca da bollo di € 16,00;
7. Casellario Generale;
8. Fotocopia carta d'identità (da esibire in originale);
9. Fotocopia del codice fiscale;
10. Permesso di soggiorno.

Crotone _____/_____/_____

IL DICHIARANTE
