

# AL CONSIGLIO DIRETTIVO dell'ORDINE delle PROFESSIONI INFERMIERISTICHE di Bari

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo P.E.C. (posta elettronica certificata) \_\_\_\_\_  
(obbligatorio)  
Tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

## CHIEDE

L'iscrizione all'Albo professionale \_\_\_\_\_

Tenuto da codesto Ordine provinciale. A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 Dpr 28/12/2000 n.445)

## DICHIARA

1. di essere cittadino \_\_\_\_\_ e di godere dei diritti civili;
2. di essere in possesso del titolo previsto dalla Legge;
3. di non aver riportato condanne penali.

Allega alla presente copia dei versamenti previsti e documenti di corredo + 2 fototessere.

Bari lì \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto, ..... con la presente, ai sensi del REG. UE 2016/679, acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte dell'**Ordine Professioni Infermieristiche di BARI**, dopo aver presa visione dell'informativa privacy di all'art. 13 del REG. UE 2016/679.

Bari lì \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_