

Marca da bollo
16,00 euro

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) _____

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.
4. di essere in regola con la vaccinazione covid DL 172/2021

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

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 li _____

Firma

*(obbligatorio con possibilità di fornitura gratuita di casella PEC dall'OPI Bari)