

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ravenna

*Al Presidente
Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Ravenna*

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ Nazione _____
residente in Via/Piazza _____ n. _____
Città _____ C.A.P. _____
Telefono n. _____ Cell. _____
e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

di essere iscritt__ all'Albo professionale degli **Infermieri** della Provincia di Ravenna.
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.445)

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n.445
(barrare e compilare solo le caselle che interessano)

- ☐ Di essere nato/a _____ Nazione _____ il _____
- ☐ Di essere residente a _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____
- ☐ Di essere cittadino/a _____
- ☐ Di godere dei diritti civili ☐ SI ☐ NO
- ☐ Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- ☐ Di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali
- ☐ Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito in data _____ con votazione _____ presso _____
- ☐ Di essere in possesso del seguente Codice Fiscale: _____
- ☐ Di essere in possesso della partita IVA n. _____



☐ Di non essere *attualmente* iscritto ad altro OPI (in caso positivo indicare quale)

☐ Di non essere stato *precedentemente* iscritto a questo o ad altro OPI (in caso positivo indicare quale)

☐ Di essere stato informato che ogni eventuale variazione di indirizzo (residenza, domicilio, email, cellulare, etc) va comunicato alla segreteria dell'Ordine, al fine della regolare iscrizione all'Albo e di consentire comunicazioni efficaci e tempestive.

☐ Di essere stato informato che l'esercizio della professione è condizionata dall'iscrizione all'Albo e che la non regolarità comporta, in caso di esercizio della professione, il **reato di esercizio abusivo della Professione, sanzionato dal Codice Penale con la reclusione da sei mesi a tre anni con la multa da euro diecimila a euro cinquantamila (Legge Lorenzin 03/2018).**

☐ Di essere stato informato che il mancato pagamento della tassa annuale comporta la cancellazione dall'Albo per morosità.

Ravenna, _____

IL/LA DICHIARANTE _____

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3, comma 10 della legge 127/97)

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al **D.Lgs. 30/06/2003, n.196 art.13 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed artt. 13 e 14 Regolamento (UE) 2016/679**, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL/LA DICHIARANTE _____

AVVERTENZA: Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art.75 DPR445/2000)