

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO**  
**contestuale alla dichiarazione sostitutiva di certificazioni da redigersi su carta bollata da Euro 16,00**

**SPETT. CONSIGLIO DIRETTIVO DELL' OPI DI LUCCA**

...l... sottoscritt... \_\_\_\_\_  
nat.. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere iscritt.. all'Albo Professionale per \_\_\_\_\_ tenuto dall' OPI in intestazione.

Faccio presente di essere attualmente iscritta all'OPI di Lucca, nell'Albo....., dal ..... con il n..... di posizione.

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

di essere nat.. a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ - tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

di essere cittadino \_\_\_\_\_ - di godere dei diritti civili (indicare SI o NO) \_\_\_\_\_

di essere in possesso del seguente titolo di studio professionale \_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_

di non aver riportato condanne penali  
(in caso positivo, indicare l'Autorità giudiziaria) \_\_\_\_\_

di essere in possesso del seguente numero di 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 ad altro OPI  
(in caso positivo, indicare quale \_\_\_\_\_)

Allega: \_\_\_\_\_

Lucca, \_\_\_\_\_ **il/la Dichiarante** \_\_\_\_\_

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

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art.75 DPR 445/2000).

data \_\_\_\_\_

**SPETT. ORDINE DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE DI L U C C A**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**in base alla normativa sulla autocertificazione, dichiara sotto la propria responsabilità di aver conseguito il seguente titolo di studio professionale:**

\_\_\_\_\_

**presso** \_\_\_\_\_

**in data** \_\_\_\_\_.

**In fede** \_\_\_\_\_