



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Lucca

Orario di apertura della Segreteria:

Mercoledì ore 8.30/12.30

Giovedì ore 15.30 / 18.30

ELENCO DOCUMENTI RICHIESTI PER L'ISCRIZIONE AL 2° ALBO

- 1) Domanda in carta bollata da Euro 16,00 redatta su modulo fornito dall' OPI di Lucca
- 2) Fotocopia semplice di documento di riconoscimento valido
- 3) 2 fotografie formato tessera uguali e recenti
- 4) Ricevuta di pagamento della Tassa di Concessione Governativa, DA PAGARE ALL'Ufficio postale su bollettino predisposto n.8003, di Euro 168,00 (barrare l'indicazione "rilascio" e indicare il codice tariffa "8617")
- 5) Allegare inoltre:
 - autocertificazione del titolo di studio: Laurea di Infermiere o Diploma IP
 - fotocopia semplice del NUMERO DI CODICE FISCALE
 - CD della TESI DI LAUREA completa delle slides di presentazione (non obbligatorio)
- 6) ricevuta versamento di Euro 30,00 da effettuare su c/c postale n. 70423579 intestato a "Ordine delle Professioni Infermieristiche di Lucca", causale "Iscrizione Albo Professionale(infermieri o infermieri pediatrici) – secondo Albo", per:

Euro 10,00 per tassa di iscrizione (solo alla prima iscrizione)

Euro 20,00 per tassa annuale secondo Albo

Euro 30,00 totale da versare

.....

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

...I... sottoscritt... _____

nat.. a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

C H I E D E

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

Faccio presente di essere attualmente iscritt.. 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)

D I C H I A R A 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)

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 _____