

**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)*