

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Trento
Via E. Maccani, 211
38121 Trento

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Nazione _____
residente a _____
in via _____ nr. _____ CAP _____
domiciliato a _____
in via _____ nr. _____ CAP _____
Recapito Telefonico _____
e-mail _____@_____

CHIEDE

di sostenere l'esame per l'accertamento della lingua italiana.

DICHIARA

Ai sensi del DPR 28/12/2000 n.445
(barrare solo le caselle che interessano)

- di essere nato/a a _____
prov. di _____ il _____
Nazione _____
- di essere residente/domiciliato a _____
in via _____ nr. _____ CAP _____
- di essere cittadino/a _____
- di essere in possesso del seguente Codice Fiscale: _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito in data _____ con votazione _____
presso _____
- di essere in possesso del Decreto di Riconoscimento del titolo di studio estero abilitante rilasciato dal Ministero della Salute il _____ numero di protocollo _____
- di non aver sostenuto presso altro OPI l'esame sulla buona conoscenza della lingua italiana
- di aver già sostenuto con esito negativo, presso l'Ordine di _____ l'esame di lingua italiana in data _____
- di volersi iscrivere all'OPI delle Provincia di _____
- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato/a il _____

segue 

ALLEGA

- 1) Fotocopia di un documento d'identità valido accompagnata dal documento originale per la validazione di copia conforme;
- 2) Fotocopia del Decreto di Riconoscimento del titolo di studio estero abilitante rilasciato dal Ministero della Salute Italiano;
- 3) Fotocopia del diploma conseguito in un paese terzo con traduzione in lingua italiana
- 4) Fotocopia del permesso di soggiorno valido (solo cittadini Extracomunitari)

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che la presente istanza è presentata utilizzando le facilitazioni previste dalla normativa in materia di autocertificazioni e che, conseguentemente ai controlli eseguiti in base all'art. 71 D.P.R 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R 445/2000).

RICHIEDE

l'inoltro delle comunicazioni prodotte dalla presente domanda all'indirizzo @mail seguente: _____

.....

DATA _____ FIRMA _____