

OPI FORLÌ'- CESENA

V.le Domenico Bolognesi, 19 - 47121 Forlì
Tel 0543/405460 Fax e Segr. 0543/414970
E-mail : forli.cesena@cert.ordine-opi.it

ELENCO DEI DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE
ALL'ALBO CON AUTOCERTIFICAZIONE- Cittadini Italiani

- 1) Domanda di iscrizione con marca da bollo da € 16,00
- 2) Ricevuta comprovante il pagamento della Tassa Erariale di Euro 168,00 per concessioni governative sul CCP. n. 8003 – Ufficio del Registro – Tasse e concessioni governative – Causale: Iscrizione OPI Forlì-Cesena – Codice tariffa 8617- Barrare tra le opzioni RILASCIO (i bollettini preintestati sono disponibili presso gli Uffici Postali).
- 3) N. 2 fotografie formato tessera identiche
- 4) Fotocopia in carta semplice di un valido documento di riconoscimento
- 5) Fotocopia in carta semplice del tesserino del Codice Fiscale
- 6) All'atto della presentazione di tutta la documentazione, alla Segreteria dell'Ordine, dovranno essere eseguiti i seguenti versamenti:

€ 60,00 - quota di iscrizione annua
€ 3,00 - diritti di segreteria
€ 3,00 - tessera e distintivo

€ 66,00

Le successive quote di iscrizione annua verranno pagate tramite cartella esattoriale che perverrà alla residenza dell'iscritto nel mese di aprile.

Il bollino annuale verrà apposto sulla tessera presentandosi in segreteria muniti della ricevuta di pagamento.

NON VERRANNO ACCETTATE DOMANDE DI ISCRIZIONE NON CORREDATE DELLA DOCUMENTAZIONE COMPLETA

La domanda non deve contenere cancellazioni, abrasioni e abbreviazioni e deve essere presentata personalmente: la firma va apposta in presenza dell'impiegata incaricata dell'Ordine muniti di un valido documento di riconoscimento.

NB: ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO DELLA SEGRETERIA

Lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 08.30 alle ore 12.30
Martedì e giovedì dalle ore 14.30 alle ore 17.00

Marca da Bollo
€ 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO
PER CITTADINI ITALIANI

marca da 16.00 €

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n° _____ n° di telefono _____
chiede l'iscrizione all'Albo Professionale di codesto Ordine come _____
(specificare: Infermiere o Infermiere Pediatrico).

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 nato/a a _____ il _____
- di essere cittadino/a italiano/a
- di essere residente a _____ in Via _____ n. _____
- di aver conseguito in data _____ presso _____ il Diploma/Laurea in _____
- di non avere mai riportato condanne penali e di non aver procedimenti pendenti
(in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria) _____
- di godere dei diritti civili
- di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____
- di essere in possesso di Partita Iva n°. _____
- di non essere stato iscritto precedentemente ad altro Ordine
(in caso positivo scrivere quale _____)

Si allegano altresì i seguenti documenti:

- ricevuta comprovante il pagamento della tassa erariale di € 168,00;
- n. 2 fotografie identiche formato tessera;
- fotocopia del codice fiscale;
- fotocopia di un documento di riconoscimento;
- fotocopia dei titoli di studio.

Data

In fede

_____ Firma (per esteso e leggibile)

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

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000)
