

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Venezia

.. I .. sottoscritt..(cognome) _____

(nome) _____

residente a (città nazione) _____

Via/Piazza _____ n° _____

recapito telefonico n. _____

e-mail _____

CHIEDE

di sostenere la prova di esame per l'accertamento della conoscenza della Lingua italiana e delle speciali disposizioni che regolano l'esercizio professionale in Italia come previsto dalla Circolare Ministero della Sanità 12 aprile 2000-prot. DPS III L.40/00 –1259.

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

◇ di essere in possesso del Decreto di Autorizzazione del Ministero Della Salute per esercitare in Italia la professione di _____ rilasciato il _____ _____ prot. N° _____.

◇ di non aver sostenuto la prova prevista dalla Circolare presso altro Ordine (in caso positivo indicare quale e con che esito e data _____)

Venezia-Mestre _____

il/la Dichiarante

Allega alla presente:

- 1) copia permesso soggiorno in corso di validità (cittadini extracomunitari)
- 2) copia documento identità
- 3) copia Decreto di Autorizzazione del Ministero Della Salute per esercitare in Italia (per i cittadini extracomunitari non dovrà avere data antecedente a due anni dalla data del rilascio dello stesso)
- 4) copia codice fiscale
- 5) certificato di residenza (se diversa dal documento di identità) o dichiarazione del Comune che è in corso la pratica per ottenere la residenza
- 6) copia titolo di studio tradotto in Italiano

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