



Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Sassari

...l...sottoscritt _____ nat.....a _____

Residente a _____ Via _____ N° _____

Email _____ @ _____ Cell. _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a a partecipare all'esame per l'accertamento della lingua italiana.

DICHIARA Ai sensi dell'art. 46 del DPR 2/12/2000 n° 445

1. Di essere nat...il _____ a _____ prov _____
2. Di essere residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ cap _____ prov _____
3. Di essere cittadino/a _____ C.F. _____
4. Di essere in possesso del titolo di studio: _____
conseguito in data _____ in _____
presso _____
5. Di non aver sostenuto presso altro Ordine l'esame sulla buona conoscenza della lingua italiana, in caso contrario specificare quale Ordine.
6. Di aver già sostenuto con esito negativo, presso l'Ordine di _____
l'esame sulla buona conoscenza della lingua italiana.
7. Dichiaro di volersi iscrivere all'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Sassari

Allego i seguenti documenti

Fotocopia Decreto equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute
Fotocopia documento di Identità Valido

Sassari, _____

Il richiedente
