OPI SASSARI
Ordine Professioni Infermieristiche

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. Dichiara di volersi iscrivere all'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Sassari

Elenco Documenti da Allegare:

- Fotocopia Decreto equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute
- Fotocopia Diploma di Laurea
- Fotocopia Documento di Identità Valido
- Fotocopia Ricevuta del versamento di € 140,00 su Bollettino Precompilato PagoPA dalla Segreteria (Si prega di inviare una e-mail all'indirizzo opisassari@opisassari.it indicando i propri dati al fine di poter elaborare il bollettino)

Sassari,_____ Il Richiedente

_____

Prot. _____

Viale Italia, 53/B - 07100 Sassari – C.F. 92016180900
Tel. 079.216487- Fax 079.4926478
Sito internet www.opisassari.it *- e-mail* opisassari@opisassari.it *- PEC* sassari@cert.ordine-opi.it