

**Al Presidente dell'Ordine  
Professioni Infermieristiche  
OPI CHIETI  
Centro Direzionale Theate  
Center  
Via Spezioli,16  
66100 Chieti**



Marca  
da bollo  
€ 16,00

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Coniugato/a con \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Domiciliato/a in Italia a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. (abit.) \_\_\_\_\_ Tel. (cell.) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In possesso dell'Autorizzazione all'Esercizio della Professione Sanitaria di Infermiere in Italia da parte del Ministero della Salute, rilasciato il..... prot. N.....

## **CHIEDE**

**DI ESSERE AMMESSO/A A SOSTENERE GLI ESAMI PREVISTI DALLA CIRCOLARE DEL MINISTERO DELLA SANITA' - DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE- UFFICIO III - DPS/ III/L.40/00-1259 DEL 12 APRILE 2000, PROPEDEUTICO ALL'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI INFERMIERI PROFESSIONALI PRESSO L'OPI DELLA PROVINCIA DI CHIETI.**

A tal fine si allegano:

1. Ricevuta del pagamento del contributo di ammissione di euro 100,00 (Cento /00) le cui estremità saranno fornite al candidato dalla Segreteria dell'Ente.
2. Autorizzazione al Trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Chieti, .....

Firma

\_\_\_\_\_  
(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)

*Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e di aver preso visione dei diritti attribuiti dagli artt. 15-22 del Regolamento stesso, in relazione ai propri dati personali e dichiara altresì di aver compreso quanto in essa indicato prestando il consenso al trattamento nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.*

Firma