

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