

**Al Presidente OPI
di Caserta
Via Francesco Petrarca, 25
81100 Caserta**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ C.A.P. _____
via/piazza _____ n. _____
recapito telefonico _____
PEC _____
email _____

CHIEDE

(barrare solo la casella che interessa)

- Di sostenere l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana
- Di sostenere l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana e della normativa relativa all'esercizio professionale infermieristico (solo per i cittadini non U.E.)

DICHIARA

Ai sensi del DPR 28/12/200 n.445

(barrare solo le caselle che interessano)

- di essere nato/a il _____ a _____ prov. _____
- di essere residente a _____ prov. _____ cap _____
- di essere cittadino/a _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

- conseguito in data _____ con votazione _____
presso _____
- di essere in possesso del Decreto di autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di infermiere rilasciato il _____ n. prot. _____
- di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____
- di non aver sostenuto presso altri O.P.I. l'esame sulla buona conoscenza della lingua italiana

- di aver già sostenuto con esito negativo, presso l'Ordine di _____
l'esame di lingua italiana in data _____
 - di volersi iscrivere all'O.P.I. della Provincia di _____
 - di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato/a il _____
-

Allego i seguenti documenti:

- fotocopia del Decreto di Riconoscimento del titolo di studio estero abilitante rilasciato dal Ministero della Salute
- fotocopia del diploma riconosciuto
- fotocopia del permesso di soggiorno valido (solo cittadini non U.E.)
- fotocopia di un documento d'identità valido accompagnata dal documento originale per la validazione di copia conforme

AVVERTENZA

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/200).

data _____

FIRMA _____

Il trattamento dei dati personali conferiti viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) e successive modificazioni ed integrazioni, per le finalità previste ai fini dello svolgimento della prova d'esame di lingua italiana. I dati trattati possono essere comunicati al Ministero della Salute e/o agli enti preposti come specificato nell'informativa.

In relazione agli stessi dati, ciascun partecipante è titolare dei diritti di cui all'art. 7 del richiamato D. Lgs. 196/2003 in base al quale l'interessato ha diritto di conoscere i dati personali oggetto di trattamento, di ottenere l'aggiornamento e/o la rettifica dei dati che lo riguardano, di ottenere la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione della normativa, nonché il diritto di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano.

data _____

FIRMA _____