

Marca da bollo

16,00 Euro

**Spett.le Ordine delle
Professioni Infermieristiche
Di Pordenone
In persona del Presidente**

RICHIESTA AMMISSIONE ESAME LINGUA ITALIANA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____, residente

a _____, in Via/Piazza _____ n. _____,

cittadinanza _____, recapito telefonico _____,

mail _____,

PEC _____

CHIEDE

☐ Di essere ammesso/a a partecipare all'esame per la verifica della conoscenza della lingua italiana come richiesto dal Decreto di riconoscimento del titolo di studi rilasciato dal Ministero della Salute in data _____.

☐ Di essere ammesso/a a partecipare all'esame per la verifica della conoscenza della lingua italiana e delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio professionale in Italia, come richiesto dal Decreto di riconoscimento del titolo di studi rilasciato dal Ministero della Salute in data _____.

DICHIARA

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (barrare solo le caselle che interessano)

☐ Di essere nato/a il _____ a _____ prov. _____

☐ Di essere residente a _____ prov. _____

Via /Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

☐ Di essere domiciliato a _____ prov. _____

Via /Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

☐ Di essere cittadino/a (nazionalità) _____

☐ Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito in data _____ con votazione _____

Presso _____

☐ Di essere in possesso del Decreto e/o di autorizzazione del Ministero della Salute per esercitare in Italia la professione di Infermiere/a rilasciato il _____ n. prot. _____

☐ Di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato/a il _____ da _____

In corso di validità

☐ Di essere in possesso di carta di identità n. _____

rilasciata da _____ in corso di validità

☐ Di essere in possesso del n° di codice fiscale: _____

☐ Di non aver sostenuto presso altro OPI l'esame di conoscenza della lingua italiana/delle speciali disposizioni che regolano l'esercizio professionale in Italia

☐ Di aver già sostenuto l'esame di conoscenza della lingua italiana/delle speciali disposizioni che regolano l'esercizio professionale in Italia con esito negativo, presso l'Ordine di _____

In data _____ e che sono trascorsi 3 mesi dall'esame con esito negativo

☐ di impegnarsi a sostenere il costo dell'esame di lingua presso l'OPI di Pordenone.

AVVERTENZA Il dichiarante decade dal beneficio dell'iscrizione eventualmente conseguita sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R 445/2000) conseguente ai controlli eseguiti in base all'art. 71 D.P.R 445/2000.

Allega i seguenti documenti:

- fotocopia del Decreto di Riconoscimento del titolo di studio estero abilitante rilasciato dal Ministero della Salute
- fotocopia del titolo di studio riconosciuto
- fotocopia del permesso di soggiorno in corso di validità (solo cittadini Extracomunitari)
- fotocopia di un documento d'identità in corso di validità

Data _____ FIRMA _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Pordenone, nella sua qualità di Titolare del trattamento, desidera fornirle alcune informazioni sul trattamento dei dati personali raccolti con il presente modulo e gestiti nel contesto del relativo Procedimento. I dati saranno trattati per fini istituzionali, per gestire gli adempimenti istruttori ed amministrativi relativi alla sua istanza o previsti nel presente Procedimento e per adempiere a prescrizioni previste dalla legge. I trattamenti sopra descritti sono leciti ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. B e C del GDPR. Per maggiori informazioni sui soggetti terzi che potrebbero trattare i Suoi dati, tempi di conservazione, dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati (DPO) nonché per esercitare i diritti ex. Art. 15 e seguenti del GDPR, si prega di prendere visione dell'Informativa fornita in sede di iscrizione all'Albo e comunque sempre disponibile presso la segreteria e sul sito web istituzionale ([INFORMATIVA-SUL-TRATTAMENTO-DEI-DATI-PERSONALI---ISCRITTI-ALL'ALBO.pdf](#)).

Pordenone, _____.

Firma