



Ordine delle professioni infermieristiche di Trapani

via Convento San Francesco di Paola, 56 - 91016 Erice Casa Santa (TP)
Tel. 0923/532103 – Fax. 0923/1982028 - e-mail: opitrapani@gmail.com
PEC: opitrapani@arubapec.it

Marca da Bollo Euro 16,00

RICHIESTA RILASCIO CERTIFICATO D'ISCRIZIONE ALL'ALBO

Prot. n. _____

Data ____/____/____

All'OPI TRAPANI
via Convento S. Francesco di Paola, 56
91016 – Erice Casa Santa (TP)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

via _____ n. _____

Recapito telefonico _____ Pec: _____

iscritto/a all'Albo _____ con n. di iscrizione _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 76 DPR del 28/12/2000 n. 445

Chiede il rilascio del Certificato d'iscrizione all'Albo

- ☐ **INFERMIERI**
☐ **INFERMIERI PEDIATRICI**

Dichiara di essere in regola con i pagamenti delle quote sociali

Si allega:

- Marca da bollo da € 16,00 (da apporre sul certificato rilasciato dall' OPI di Trapani);
- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità

Luogo e data _____

Il/La dichiarante _____
(firma leggibile e per esteso)