

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI
MEMBRI DESIGNABILI NELLE COMMISSIONI PER GLI ESAMI OSS PRESSO L'ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI ALESSANDRIA**

ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI ALESSANDRIA

VIA M. Buonarroti, 16 – 15121 Alessandria

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ prov. (_____) il _____

residente in _____

comune di _____ prov. (_____) cap _____

C.F. _____ Pec. _____

Tel. _____ cell. _____ mail _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D. P. R. 445/, consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D. P. R. 445/2000, a cui si può andare incontro nel caso di affermazioni mendaci,

DICHIARA

o Di essere iscritta/o presso l'Albo delle Professioni Infermieristiche di Alessandria al n.....

o dichiara la regolarità amministrativa

o di non essere stata/o revocata/o, negli ultimi 10 anni, per gravi inadempienze dall'incarico di cui all'oggetto;

o di essere in possesso dei requisiti di onorabilità, professionalità e indipendenza;

o di non avere cause di incompatibilità o di non avere situazioni di conflitto di interesse con l'Ordine

In allegato Curriculum Vitae.

In base all'informativa sulla tutela dei dati personali (Legge 196/2003), acconsento al trattamento degli stessi, limitatamente agli scopi per cui vengono forniti.

_____ li _____

Firma