



**Domanda per il riconoscimento del titolo di INFERMIERE e OSTETRICA
conseguito in un Paese dell'Unione europea da cittadini comunitari**

La / Il Sottoscritta/o, _____
COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

_____ Sesso M F
NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

In possesso del Titolo di _____
(da indicare in lingua originale) TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

Conseguito in _____
PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN - ETAT OU ON A CONSEGUI LE DIPLOME
STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTIENIDO EL TITULO

E, inoltre, del Titolo di _____
(da indicare in lingua originale) TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

Conseguito in _____
PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN - ETAT OU ON A CONSEGUI LE DIPLOME
STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTIENIDO EL TITULO

**Chiede a codesto Ministero il riconoscimento del/i proprio/i Titolo/i, ai fini dell'esercizio del
DIRITTO DI STABILIMENTO, per la professione sanitaria di:**

Infermiere **Ostetrica**

e, a tal fine, allega i documenti di cui all'*Allegato A3*

La / il sottoscritta/o, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- di non avere riportato condanne penali, sanzioni amministrative e disciplinari sia in Italia che nel Paese d'origine e/o di provenienza;
- di essere nata/o a :

_____ LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LIEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE NASCIMIENTO
STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO il _____
DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO

▪ di essere cittadina/o _____
CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA

▪ di volersi iscrivere al Collegio di _____
SEDE PROVINCIALE - PROVINCIAL CENTRE - LIEGE PROVINCIALE - PROVINZSTZ - SEDE PROVINCIAL

La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito:

_____ COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO _____ NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Via/piazza _____ n. _____
INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

_____ CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD _____ PROV.

_____ CAP - POST CODE _____ STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO

_____ N.TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL. - TEL. NUMMER - N.TEL. _____ N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX

_____ N. CELLULARE _____ E-MAIL @ _____

_____ DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA **In fede** _____ FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA