



**Domanda per l'esercizio del DIRITTO DI LIBERA PRESTAZIONE DEI SERVIZI di cittadini comunitari in possesso del titolo di INFERMIERE o OSTETRICA conseguito in un Paese dell'Unione europea.**

La / Il Sottoscritt/a/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, ai sensi della vigente normativa comunitaria, di poter esercitare il DIRITTO ALLA LIBERA PRESTAZIONE DEI SERVIZI per la professione sanitaria di:**

**Infermiere**                       **Ostetrica**

**E a tal fine allega i documenti di cui all'*Allegato C2***

La / il sottoscritt/a/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 degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- di non avere riportato condanne penali, di non aver riportato sanzioni amministrative e disciplinari relativamente al campo professionale 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 NASCIMENTO

\_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_  
 STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMENTO                      DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE  
 GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMENTO

- di essere cittadina/o \_\_\_\_\_

CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA

- di voler esercitare presso la struttura sanitaria: \_\_\_\_\_

STRUTTURA SANITARIA - HOSPITAL - HOPITAL

sita in: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

PROV.

Data di effettuazione delle prestazioni: \_\_\_\_\_

- per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_

La / il sottoscritt/a/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 - ADDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

\_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

\_\_\_\_\_

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

E-MAIL: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA

**In fede**

FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA