

Bollo € 16,00

**Al Presidente dell'Ordine delle
Professioni Infermieristiche di Ragusa
Via Dei Frassini, 5
97100 – Ragusa**

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ Via _____ CAP _____

domiciliato/a in _____ Via _____ CAP _____

Codice Fiscale _____ diplomato/a o laureato/a a _____

presso _____ in data _____

chiede il trasferimento dell'iscrizione dall'Albo O.P.I. di _____

a quello di Ragusa in qualità di INFERMIERE/A – INFERMIERE/A PEDIADRICO (barrare la voce
che non interessa).

Recapito telefonico _____

e-Mail _____

P.E.C. (Obbligatoria) _____

Allega alla presente i seguenti documenti:

- N. 2 foto formato tessera.
- Fotocopia di un documento di riconoscimento valido.
- Fotocopia del Codice Fiscale.
- Fotocopia versamento quota anno in corso.
- Marca da bollo.

Ragusa, ____/____/____

FIRMA
