



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli

ALLEGATO A

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI COMMISSARI DI LAUREA DELL'ORDINE DELLE
PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI NAPOLI**

Il/La sottoscritto/a

Nome _____

Cognome _____

Nato/a a _____

Il ____ / ____ / ____

Residente a _____

Alla Via/Piazza _____

N° civico _____ **CAP** _____

CAP _____

Domiciliato a _____

Alla Via/Piazza _____

N° civico _____ **CAP** _____

Codice Fiscale _____

Iscrizione OPI Napoli n° _____

P.E.C. _____

Cellulare _____

Posizione lavorativa attualmente ricoperta:

☐ Dipendente ☐ Libero professionista ☐ Collaboratore ☐ Altro: _____



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli

Qualifica/Ruolo:

Ente di appartenenza:

Unità operativa / Struttura / Dipartimento (se applicabile):

ATTIVITÀ DI DOCENZA

Il/La candidato/a ricopre ruoli di docenza a qualunque titolo?

☐ SÌ ☐ NO

In caso di risposta **SÌ**, indicare:

Università:

Sede didattica:

Ruolo/titolo di docenza:

Corso di Laurea / Corso / Insegnamento:

Eventuali ulteriori Università e/o sedi didattiche (per ognuna indicare sede didattica, ruolo/titolo di docenza, Corso di Laurea / Corso / Insegnamento):



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli

consapevole che – ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 – le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali, dichiarando che le informazioni su riportate rispondono a verità,

CHIEDE

essere iscritto all'Albo dei Commissari di Laurea dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli.

Al fine della predetta iscrizione, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di avere pieno godimento dei diritti civili e politici in Italia o nel paese di residenza;
2. di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno se cittadino straniero;
3. di aver conseguito la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche;
4. di essere iscritto ad uno degli Albi dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli;
5. di essere in regola con il pagamento di tutte le tasse annuali per l'iscrizione all'Albo, ovvero agli Albi, di appartenenza;
6. di essere in servizio attivo;
7. di aver maturato un'esperienza di lavoro di almeno cinque anni nel profilo di appartenenza;
8. di essere in possesso di casella P.E.C.
9. di aver comunicato la propria casella P.E.C. all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli.
10. di non ricoprire incarichi di Coordinatore delle attività formative, professionalizzanti e di tirocinio nei Corsi di Laurea in Infermieristica e Infermieristica Pediatrica;
11. di non aver subito sanzioni disciplinari da parte dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche nel triennio precedente alla pubblicazione della presente manifestazione di interesse e non aver, altresì, procedimenti disciplinari in corso;
12. di non aver riportato condanne penali nel triennio precedente alla pubblicazione della



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli
presente manifestazione di interesse;

_____li, _____

Firma

(il dichiarante)