



**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 OBTENIDO 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 OBTENIDO 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 :

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LIEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE NASCIMENTO  
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 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

\_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

\_\_\_\_\_ STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO  
CAP - POST CODE

\_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_ **In fede** \_\_\_\_\_  
DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA      FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA