

**Al Presidente  
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese  
Viale Borri, 209 – 21100 – VARESE**

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di sostenere l'esame per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana

di sostenere l'esame per l'accertamento della conoscenza della normativa relativa all'esercizio professionale infermieristico.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28.12.2000 n. 445) e Informativa – Reg. UE 679/2016 I Suoi dati sono raccolti e trattati, per l'esclusiva finalità di perseguire gli scopi istituzionali dell'Ordine ed il conferimento dei dati è pertanto obbligatorio. I Suoi dati saranno trattati con modalità manuali, informatiche e/o telematiche e potranno essere comunicati e diffusi solamente per la persecuzione delle finalità istituzionali.

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_