



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 Sottoscritto/a, _____

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

_____ Sesso M F

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

In possesso del Titolo di _____

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 _____

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 sottoscritto/a, 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 nato/a a : _____

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

_____ il _____

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, STAATSANGEHORENGKEIT, CIUDADANIA

- di voler esercitare presso la struttura sanitaria: _____

STRUTTURA SANITARIA - HOSPITAL - HOPITAL

sita in: _____

INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

PROV.

Data di effettuazione delle prestazioni: _____

- per la seguente motivazione: _____

La / il sottoscritto/a 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

CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

PROV.

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