

PRESENTAZIONE DELLA CANDIDATURA DI LISTA PER IL RINNOVO DEGLI ORGANI DELL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BOLOGNA

Il (giorno/mese/anno) _____ presso la sede di OPI Bologna, sita in Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B – 40138 Bologna, alle ore _____, viene depositata la seguente **candidatura di lista** per il rinnovo degli Organi dell'OPI di Bologna:

La candidatura di lista comprende i nominativi che si propongono per il Consiglio Direttivo, la Commissione d'Albo Infermiere, la Commissione d'Albo Infermiere Pediatrico e il Collegio dei Revisori dei Conti (escluso il Presidente dell'Organo in questione).

La presente lista è denominata _____, e quale referente di lista si nomina _____ del/della quale si riportano i dati personali di seguito nel presente documento.

I/le candidati/e afferenti la lista sono:

CONSIGLIO DIRETTIVO

1. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo,

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

2. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

3. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

4. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

5. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

6. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

7. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

8. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

9. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

10. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

11. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

12. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

13. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

14. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

15. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Consiglio Direttivo

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

COMMISSIONE D'ALBO INFERMIERI

1. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

2. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

3. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

4. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

5. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

6. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

7. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

8. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

9. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

COMMISSIONE D'ALBO INFERMERI PEDIATRICI

1. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

2. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

3. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

4. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

5. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

1. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Collegio dei Revisori dei Conti

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

2. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Collegio dei Revisori dei Conti

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

3. Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

candidato/a per il seguente organo:

Collegio dei Revisori dei Conti (**Revisore supplente**)

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

DATI E FIRME DEI/DELLE SOSTENITORI/TRICI

1) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

2) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

3) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

4) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

5) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

6) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

7) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

8) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

9) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

10) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

11) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

12) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

13) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

14) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

15) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

16) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

17) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

18) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

19) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

20) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

21) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

22) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

23) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

24) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

25) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

26) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

27) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

28) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

29) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

30) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi **tassativamente** alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

31) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)

32) Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Nazione _____ Codice fiscale _____

Maschio Femmina

Iscritto/a ad OPI Bologna:

Albo Infermieri/e Albo Infermieri/e Pediatrici/che numero iscrizione _____

Tipo documento identità _____

Numero _____ Scadenza documento _____

Indirizzo PEC _____

Firma autografa: (da apporsi tassativamente alla presenza del Presidente di OPI Bologna o di un/una suo/a delegato/a, che procede all'autentica, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D.M. Sanità 15.03.2018)