

**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA DI ORISTANO**

VIA G. CARDUCCI 9 - 09170 ORISTANO

TEL./FAX 0783 302597

[oristano@cert.ordine-opi.it](mailto:oristano@cert.ordine-opi.it) [www.ipasvioristano.com](http://www.ipasvioristano.com)

**Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. 445/2000 art.76**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Di nazionalità \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

**Consapevole di non poter sostenere la prova prima che siano trascorsi 3 mesi dalla precedente che abbia avuto esito negativo**

**DICHIARA**

- Di non aver sostenuto alcuna prova di lingua italiana secondo la normativa attualmente vigente in materia
- Di aver sostenuto la prova di lingua italiana presso l'OPI di

---

<b>1° prova</b>	<b>data</b>	Esito <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.
<b>2° prova</b>	<b>data</b>	Esito <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.
<b>3° prova</b>	<b>data</b>	Esito <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.

- Di aver sostenuto la prova nel Paese di origine in presenza della Commissione esaminatrice della FNOPI in data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_