SPETT.LE ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI GORIZIA

OGGETTO: Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e richiesta di riduzione della quota annuale di iscrizione all'Albo per infermieri in quiescenza

Il/La sottoscritto/a

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____ / _____ / _____

N. iscrizione Albo OPI Gorizia: _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo decreto,

DICHIARA

- Di essere attualmente in **stato di quiescenza (pensionamento)**.
- Di non svolgere alcuna attività lavorativa retribuita, né in forma subordinata né in forma autonoma, nell'ambito della professione infermieristica.
- Di svolgere eventuali attività professionali infermieristiche **esclusivamente a titolo gratuito e senza percepire alcun compenso o remunerazione**.
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'OPI di Gorizia eventuali variazioni della propria situazione professionale che possano incidere sul diritto alla riduzione della quota.

CHIEDE

L'applicazione della **riduzione della quota annuale di iscrizione all'Albo professionale**, prevista dalla vigente deliberazione dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Gorizia a favore degli iscritti in quiescenza che non esercitano attività professionale retribuita.

La presente dichiarazione viene resa ai fini della concessione dell'agevolazione prevista dalle disposizioni dell'Ordine.

Luogo e data: _____

Firma del dichiarante: _____
