

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art.46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____)
in via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Campobasso

- Isernia dal _____ al n° _____

Si allega copia di un documento di identità valido

Dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa

_____, _____
(luogo, data)

Il Dichiarante

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del DPR 28 dicembre 2000, n. 455

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e può essere inviata anche con le modalità indicate nell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000.