

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 T.U. - D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a

COGNOME
NOME
DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE
RESIDENTE A
VIA

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76/75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D. lgs 196/2003

DICHIARA

di essere iscritto /a nell'albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di
Matera dal _____ al numero _____ di
posizione e di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'ordine.

Luogo e data _____

Il Dichiarante
