

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER MARCA DA BOLLO

(ai sensi dell'Art.47 d.p.r. 28 dicembre 2000 n. 445 e d.m. 10 novembre 2011)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, residente

a \_\_\_\_\_, in via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

Tel. \_\_\_\_\_, Pec/Mail \_\_\_\_\_

Iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Venezia al n. \_\_\_\_\_

***valendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Ministeriale 10/11/2011 e degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.75 del D.P.R. citato e dall'art. 483 del Codice Penale in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti***

## DICHIARA

OGGETTO: Richiesta di certificato di iscrizione all'Albo degli Infermieri o Infermieri Pediatrici

Che la marca da bollo ID n. \_\_\_\_\_ emessa in data \_\_\_\_\_  
è stata annullata mediante apposizione di firma e che la stessa non sarà utilizzata per  
qualsiasi altro adempimento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE  
(cognome e nome)

---

Il certificato di iscrizione all'Albo sarà inviato via e-mail alla ricezione del presente modulo compilato.