

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.