|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ordine delle Professioni Infermieristiche**  **della circoscrizione di Pisa** | |  |
| Prot. n.  Pisa, |  | MARCA DA BOLLO  **€16,00**  (se richiesta) | |

**RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL’ALBO PROFESSIONALE**

**All’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pisa**

**Il/la sottoscritto/a Cognome Nome   
nato/a il**

**residente a Prov.( )**

**Via/Viale/Piazza n° cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Recapito telefonico PEC**

**DICHIARA**

**- di essere a conoscenza che ai sensi dell’art. 15 della legge 183/2011, non possono più essere rilasciati e accettati certificati da produrre alle pubbliche amministrazioni e/o ai gestori di pubblici servizi e che in questi casi si deve provvedere all’autocertificazione;**

**- di essere a conoscenza che i certificati devono essere ordinariamente rilasciati in bollo con marca da 16,00 euro, salvo ricorra una delle ipotesi di esenzione del bollo previste dalla normativa vigente;**

**- di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000;**

**- di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (Regolamento UE 2016/679);**

**CHIEDE**

**Il rilascio di: Certificato di iscrizione all’Albo in carta libera  
 Certificato di iscrizione all’albo in bollo**

**In caso di esenzione da bollo, dichiara di richiedere il certificato per i seguenti motivi:**

**In riferimento alla seguente normativa:**

**In caso di certificato in bollo, il richiedente allega una marca da bollo da € 16,00**

**Data Firma**