



**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 _____

