



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Como

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(DPR 28 dicembre 2000, n. 445, art.47)

Il/la sottoscritt_ _____

Nata a _____ il _____

Residente nel Comune di _____

Via _____ n. _____

A conoscenza del disposto dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 fermo restando, a norma del disposto dell'art. 75, dello stesso DPR n. 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

Con riferimento alla domanda di iscrizione all'Albo presentata in data _____

Regolarmente iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Como dal _____

Che il proprio domicilio professionale è il seguente:

Dichiara di essere informato che,

I dati forniti verranno utilizzati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), anche tramite soggetti esterni, al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti informativi, amministrativi e contabili connessi al rapporto contrattuale. Copia integrale dell'informativa potrà essere visionata presso le nostre sedi o scrivendo a privacy@opicomo.it

Como _____

Il/la dichiarante

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3, comma 10 della legge 127/97)

Dichiarazione esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 14 Tabella B DPR 642/72