

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/ domicilio professionale è il seguente:

Como _____

Ho preso visione delle informazioni in materia di trattamento dei dati ai sensi del GDPR 679/2016 e D.LGS. 196/2003, così come modificato dal DLGS 101/2018, e presto il consenso al trattamento dei dati personali. Le informazioni complete sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ordine alla sezione "Informativa Privacy dell'Ordine".

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