

**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 \_\_\_\_\_

☐ Regularmente iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Como dal \_\_\_\_\_

Che il proprio domicilio/ domicilio professionale è il seguente:

---

---

---

---

Como \_\_\_\_\_

**Clausola sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR):**

I dati personali conferiti con il presente modulo, già acquisiti o di nuova raccolta, sono trattati dall'Ordine Professionale in qualità di Titolare del trattamento esclusivamente per le medesime finalità istituzionali per le quali è stata resa l'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR in sede di iscrizione all'Albo. Il trattamento avviene nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, con modalità cartacee e/o informatiche, e nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa vigente. L'interessato conserva i diritti previsti dagli articoli 15 e seguenti del GDPR".

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