

Marca da bollo

## AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA DI COMO

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
iscritto all'Albo degli \_\_\_\_\_ con n. di iscrizione \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Ai sensi dell'art. 3, comma 5, del DLCPS 233/46 e s.m. di conservare l'iscrizione all'OPI di Como consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000)

### DICHIARA

ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n. 445

di essere iscritto all'AIRE del Comune di \_\_\_\_\_ a seguito di trasferimento  
della residenza nella città di \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

### A titolo di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dichiara

(art. 47 DPR 445/2000)

Di avere domicilio presso \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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)

Allegati:

- marca da bollo da €16,00
- copia di un documento di identità in corso di validità