

Marca da Bollo
€ 16,00

Richiesta Certificato

Spett.le
Ordine delle Professioni Infermieristiche
Via Oltrecolle,73
22100 COMO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
codice fiscale _____
iscritto all'Albo professionale con il n. _____ dal _____

CHIEDE
(barrare la relativa casella)

- l'emissione di n. _____ CERTIFICATO/I di iscrizione all'Albo in bollo
- l'emissione di n. _____ CERTIFICATO/I di iscrizione all'Albo in bollo per l'estero
- l'emissione di n. _____ CERTIFICATO/I di assolvimento del fabbisogno formativo individuale per il triennio/i: _____
- il CERTIFICATO è esente bollo come da D.P.R. n. 642 del 26 ottobre 1972 e successive modificazioni: (indicare la norma di esenzione ovvero l'uso di destinazione)
- _____
- _____

Luogo, 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".

Firma _____

Allegati:

- Marca da bollo € 16,00 da applicare sul certificato
- fotocopia documento d'identità