ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI SIRACUSA

Marca da bollo €16,00

SPETT.LE

OPI SIRACUSA

VIA TORINO N 125

96100 SIRACUSA

OGGETTO: RICHIESTA CERTIFICATO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto _____ nato/a il _____

a _____ e residente a _____ in

via _____ n°__ CF _____

CHIEDE

un certificato di iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Siracusa.

DICHIARAZIONE RICHIEDENTE

Il richiedente dichiara:

1. Ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000 e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito dal Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), che le informazioni e i dati indicati sono veritieri e perfettamente corretti;

SIRACUSA _____ FIRMA _____

E' necessario allegare alla presente richiesta copia del documento di identità in corso di validità e Codice Fiscale

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lsl. 30 giugno 2003, n. 196.

SIRACUSA _____ FIRMA _____