

Al Presidente pro-tempore  
Ordine delle Professioni  
Infermieristiche di Latina  
Viale P.I. Nervi 228  
04100 Latina LT

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La Sottoscritto Sig./Sig.ra/ Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Albo degli:

### Barrare la casella di interesse:

- Infermieri  
 Infermieri Pediatrici

tenuto dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina al numero di posizione \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO AD ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

### DICHIARA

Di aver conseguito il titolo di:

### Barrare con una crocetta la casella di interesse:

- Master di I Livello  
 Master II Livello  
 Laurea Magistrale  
 Dottorato

in (specificare in che cosa è stato conseguito il titolo):

\_\_\_\_\_

presso la Facoltà di \_\_\_\_\_ dell'Università degli  
Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

Anno di immatricolazione ovvero anno di attivazione del corso \_\_\_\_\_

### **IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:**

I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### **SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE**

\*\*\*\*\*

[ ] INVIO PER POSTA/Fax/Pec

(Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità – ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

[ ] PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza degli addetti alla segreteria.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma Impiegato)