

**Al Presidente pro-tempore
Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina
OPI di Latina**

DICHIARAZIONE DI DOMICILIO PROFESSIONALE

(art. 16 legge comunitaria 21.12.99 n. 526 e art. 47 del Dpr n. 445/2000)*

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

codice fiscale n.

residenza anagrafica nel comune di..... CAP

via numero

tel cell indirizzo e-mail

svolgendo l'attività professionale presso

a via

in qualità di

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del Dpr 28 dicembre 2000 n. 445

DICHIARA

di aver stabilito il domicilio professionale

a provincia
via..... numero CAP.....

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

(firma per esteso del dichiarante)

* L'articolo 16 della legge comunitaria n. 526/1999 dispone che "per i cittadini degli Stati membri dell'Unione europea, ai fini dell'iscrizione agli albi, elenchi o registri, il domicilio professionale è equiparato alla residenza"

* Questa dichiarazione è equivalente a "dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà" (art. 47 del Dpr 445/2000).