

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

via _____ n. _____

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76/75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D. lgs 196/2003

DICHIARA

di essere iscritto/a nell'albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina dal giorno _____ al numero di posizione _____ in qualità di _____ (**N.B** Specificare Albo di appartenenza: Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari).

Luogo e data _____

Il dichiarante
