

MODELLO SOSTITUTIVO DI AUTOCERTIFICAZIONE

(Art. 46 T.U. – D.P.R. 445 del 28/12/2000)

La/Il sottoscritta/o _____

Codice Fiscale _____

Nata/o a (comune/provincia/stato) _____ il _____

Residente in (comune/provincia) _____

Indirizzo _____ CAP _____

Comune (Provincia) _____

Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali ai sensi del D.L. 196/2003

DICHIARA

Di essere iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma dalla data del _____

Nell'Albo degli (Infermieri/Infermieri pediatrici) _____ Con numero di posizione _____

Si allega valido documento di identità

Data e luogo _____

Firma del dichiarante