

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

## DICHIARA

di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale

Firenze Pistoia dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

Si allega copia di un documento di identità valido.

\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del DPR 28 dicembre 2000, n. 455

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.