



Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia

Codice IO.02.10B - Rev.0 del 22/09/2023

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ prov. _____

Residente a _____

in Via/P.zza _____ n. _____ cap _____

email/Pec _____ cellulare _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28.12.2000 n. 445).

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445

che il proprio domicilio professionale è il seguente:
(è obbligatorio indicare indirizzo postale della Struttura/Ente/Azienda ecc.)

che il proprio domicilio è il seguente:

Allega: fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Firenze, _____

Il/la dichiarante

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE n. 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 - 50144 Firenze

Tel. 055359866 - Fax 055355648

Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 - 51100 Pistoia

Tel. 0573359061 - Fax 0573506702

Codice Fiscale: 94270640488

PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it

EMAIL: protocollo@opifipt.it

www.opifipt.com

