

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 Viterbo

Nell'Albo degli (Infermieri/Infermieri pediatrici) _____

dalla data del ___ / ___ / ___ al Numero di posizione _____

Si allega valido documento di identità

Data e luogo _____

Firma del dichiarante