



Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia

MARCA DA BOLLO
€ 16,00
se richiesta

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Luogo e data di nascita _____ prov. _____ il ___/___/___
Iscritto all'Albo _____ al n. _____ cellulare _____
e-mail _____ PEC _____

DICHIARA

- di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 15 della legge 183/2011, non possono più essere rilasciati e accettati certificati da produrre alle pubbliche amministrazioni e/o ai gestori di pubblici servizi e che in questi casi si deve provvedere all'autocertificazione;
- di essere a conoscenza che i certificati devono essere ordinariamente rilasciati in bollo con marca da 16,00 euro, salvo ricorra una delle ipotesi di esenzione del bollo previste dalla normativa vigente;
- di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000;
- di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (Regolamento UE 2016/679);

CHIEDE

Ai fini _____

Il rilascio di copie nr. _____ Certificato di iscrizione all'Albo in carta libera
 Certificato di iscrizione all'Albo in bollo

Dichiara inoltre di essere esente dall'applicazione del bollo in quanto il certificato viene richiesto per i seguenti motivi:

L'esenzione è prevista dalla seguente normativa

Tale esenzione dovrà essere riportata nel certificato.

Firma

Data _____

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

www.opifipt.it

