

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 46 T.U. - D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a

COGNOME
NOME
DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE
RESIDENTE A
VIA

**consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76/75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D. lgs 196/2003**

**DICHIARA**

di essere iscritto/a nell'albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Salerno dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_ di posizione e di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'ordine.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_