ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DI PESARO URBINO

MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE -

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE SOCIO PROFESSIONISTA (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a a _____

Il _____residente a _____Via e n° _____CAP _____

In qualità di socio professionista della Società tra Professionisti _____

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 in materia di snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 cui si va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero

DICHIARA

- l'insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 08/02/2013 n° 34
- di NON essere socio in altre Società Tra Professionisti
- di ESSERE professionista iscritto al seguente Albo professionale_____
- di NON essere mai stato cancellato dall'Albo professionale
- di ESSERE stato cancellato dal seguente Albo professionale _____
- di GODERE dei diritti civili
- di NON essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare
- di NON aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- di NON essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- di NON aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale OVVERO di AVER RIPORTATO LE SEGUENTI CONDANNE PENALI-

  _____
  _____
  _____
  _____
  _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

_____, lì _____ Firma del dichiarante

_____

Allegare fotocopia del documento

_____

Corso XI Settembre,115-61121 Pesaro
Tel. 072133615 Cell.376 2412893 - C.F. 80034370413
mail: info@opipesarourbino.it Pec: pesaro.urbino@cert.ordine-opi.it www.opipesarourbino.it