

Marca da Bollo
€ 16,00



RICHIESTA CERTIFICATO ISCRIZIONE ALBO

All'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Pesaro Urbino

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____

residente a _____ Prov.(____)

Via/Viale/Piazza _____ n° _____

Recapito telefonico _____

CHIEDE

il rilascio del certificato di iscrizione all'Albo degli infermieri
tenuto da questo Ordine
(barrare la relativa casella)

in bollo

esente bollo come da D.P.R. n. 642 del 26 ottobre 1972 e successive modificazioni: (indicare la norma di esenzione ovvero l'uso di destinazione)
per

USO _____

Dichiara sotto la propria responsabilità, di essere a conoscenza che la Legge 12/11/2012 n°183 in vigore dal 01/01/2012 fa divieto che tale Certificato possa essere consegnato alle Amministrazioni pubbliche e ai gestori privati di Servizi Pubblici.

Data _____

Firma _____

Il certificato potrà essere consegnato:

- .previa apposizione di idonea marca da bollo €16,00 da parte dell'interessato
- .Fotocopia documento d'identità
- .Versamento di € 5,00 per usi amministrativi rilasciato dalla segreteria