

Marca da bollo
€ 16,00

*Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche della provincia
di PARMA*

RICHIESTA CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

Il sottoscritto _____
nato a _____ (_____) il _____
residente a _____ (_____)
in _____ n. _____

CHIEDE

il rilascio di un certificato di iscrizione all'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Parma.

(barrare la relativa casella)

- ☐ in bollo
☐ in bollo per l'estero
☐ 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.

(luogo e data)

Firma del richiedente

(Delega per il ritiro se richiesta)

Il sottoscritto _____

DELEGA il/la Sig/Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

documento di riconoscimento n. _____ rilasciato il _____

da _____ a ritirare in nome e per conto del sottoscritto il proprio certificato. Allega copia documento di riconoscimento del delegante e delegato.

(luogo e data)

Firma del richiedente