

All'OPI – Ordine delle Professioni  
Infermieristiche di Prato  
Via A. Alfani, 1  
59100 PRATO PO  
Tel. e fax 0574/29307

marca da bollo  
€ 16,00

## **RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
indirizzo di PEC \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

il rilascio del:

- certificato di iscrizione all'albo in carta libera
- certificato di iscrizione all'albo in bollo (allegare marca da bollo € 16,00)

in caso di esenzione dal bollo, dichiara di richiedere il certificato per:

\_\_\_\_\_ *indicare motivazione*

in riferimento alla seguente normativa:

\_\_\_\_\_ *specificare riferimenti previsti*

A tal fine

### **DICHIARA**

- di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 15 della L. 183/2011, non possono 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, 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 (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)

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *firma del richiedente*