

RICHIESTA CERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ALBO
Per invii SOLO VIA PEC

Marca da bollo Euro **16,00**
non richiesta se esonerato ai sensi della
tabella allegato B, DPR 642/72 ed altre leggi
speciali

(indica il numero identificativo di marca da bollo e allega
l'autocertificazione di assolvimento IMPOSTA DI BOLLO ai
sensi dell'art. 15 DPR 642/1972 **DICHIARAZIONE** ex artt.
46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 per ricevere il certificato via PEC:
identificativo
bollo n. _____)

Al Presidente dell'Ordine delle
Professioni Infermieristiche di
Milano Lodi Monza e Brianza

| | |
|-----------------|-----|
| Il sottoscritto | |
| Nato a | () |
| C.F. | |
| Residente a | () |
| Indirizzo | n. |

CHIEDE

il rilascio di un certificato di iscrizione all'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di
Milano Lodi Monza e Brianza.

(barrare la relativa casella)

in bollo (indica il numero identificativo di marca da bollo e allega l'autocertificazione di
assolvimento IMPOSTA DI BOLLO ai sensi dell'art. 15 DPR 642/1972 **DICHIARAZIONE** ex artt.
46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 per ricevere il certificato via PEC: identificativo bollo n.
_____)

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 come da Allegato B) del D.P.R. 642/1972)
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.**

esente bollo come da D.P.R. n. 642 del 26 ottobre 1972 e successive modificazioni: per
essere utilizzato in una controversia individuale di lavoro o concernente rapporti di pubblico
impiego secondo quanto previsto nell'Allegato B del DPR 642/72

**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.**

Allego alla presente modulo assolvimento marca da bollo

(luogo e data)

Firma del richiedente autografa