

MARCA DA BOLLO € 16,00	DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ONORABILITÀ PROFESSIONALE (GOOD STANDING) - PAESI EXTRA UE	Prot. n.
---------------------------	--	-------------------

Al Presidente
Ordine delle Professioni Infermieristiche di
Milano, Lodi, Monza Brianza
Corso di Porta Nuova 52/A - 20122 Milano

Il/La Sottoscritto/a
Cognome Nome

Nato/a a il
Città Provincia Nazione

Codice Fiscale

Residente a cap prov.

in Via/Piazza n. scala int.

indirizzo PEO indirizzo PEC.

Ai sensi e per gli effetti degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al procedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art.76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARO

- di essere iscritto/a all'Albo Professionale di: Infermiere Infermiere Pediatrico/Vigilatrice d'Infanzia
 di essere in regola con il pagamento delle quote annuali di iscrizione all'Albo Professionale
 di non aver riportato condanne penali *(in caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità Giudiziaria nello spazio sottostante)*

di non avere procedimenti penali in corso *(in caso positivo non barrare la casella, ma indicare l'Autorità nello spazio sottostante)*

di non avere subito procedimenti disciplinari in ambito lavorativo *(in caso positivo non barrare la casella, ma specificare la sanzione nello spazio sottostante di cui allega copia)*

di non avere in corso procedimenti disciplinari in ambito lavorativo *(in caso positivo non barrare la casella, ma specificare gli addebiti contestati nello spazio sottostante di cui allega copia)*

CHIEDO

il rilascio del Certificato di Onorabilità Professionale – Good Standing –
da utilizzare nel seguente Paese Extracomunitario

da presentare a (specificare) _____

Per la seguente motivazione:

- attività professionale missione umanitaria altro (specificare) _____

Allega copia documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

Firma