

## RICHIESTA CERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

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

Al Presidente dell'Ordine delle  
Professioni Infermieristiche di  
Caltanissetta

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 Caltanissetta

(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