

Marca da Bollo
€ 16,00

Richiesta Certificato iscrizione Albo

Spett.le
Ordine delle Professioni Infermieristiche
Viale Borri 209
21100 VARESE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
codice fiscale _____
iscritto all'Albo professionale con il n. _____ dal _____

CHIEDE
(barrare la relativa casella)

- l'emissione del **CERTIFICATO** di iscrizione all'Albo in bollo
- l'emissione del **CERTIFICATO** di iscrizione all'Albo in bollo per l'estero
- l'emissione del **CERTIFICATO** di iscrizione all'Albo 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)
- _____
- _____

Informativa – Reg. UE 679/2016

I Suoi dati sono raccolti e trattati, per l'esclusiva finalità di perseguire gli scopi istituzionali dell'Ordine ed il conferimento dei dati è pertanto obbligatorio. I Suoi dati saranno trattati con modalità manuali, informatiche e/o telematiche e potranno essere comunicati e diffusi solamente per la persecuzione delle finalità istituzionali.

Luogo, data _____

Firma _____

Allegati:

- Marca da bollo € 16,00 da applicare sul certificato d'iscrizione
- fotocopia documento d'identità