

**Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese
Viale Borri, 209 – 21100 – VARESE**

MARCA DA BOLLO € 16.00 DPR26/10/72 N°642 DM 20/08/92

Il/Lasottoscritto/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