

Marca da
Bollo
€ 16,00



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Chieti

RICHIESTA CERTIFICATO ISCRIZIONE ALBO

All'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Chieti

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____

residente a _____ Prov.()

Via/Viale/Piazza _____ n° _____

Recapito telefonico _____

C H I E D E

il rilascio del certificato di iscrizione all'Albo degli Infermieri
tenuto da questo Ordine
(barrare la relativa casella)

☐ in bollo

☐ 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)
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.

"I suddetti dati personali vengono acquisiti ai fini del rilascio del certificato di iscrizione, trattamento ai sensi del GDPR (Reg. UE 679/2016) contemplato nell'ambito dell'Informativa Iscritti generale presente sul sito web di OPI Chieti"

Data _____

Firma _____

Il certificato potrà essere consegnato solo previa apposizione di idonea marca da bollo da parte dell'interessato.