MODELLO SOSTITUTIVO DI AUTOCERTIFICAZIONE   
(Art. 46 T.U. D.P.R. 445 del 28/12/2000)

La/Il sottoscritta/o

Codice Fiscale

Nata/o a (comune/provincia/stato) il

Residente in (comune/provincia)

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP

Comune (Provincia)

*Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali ai sensi del D.L. 196/2003*

**DICHIARA**

Di essere iscritto all’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ascoli Piceno dalla data del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’Albo degli (Infermieri/Infermieri pediatrici) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
con numero di posizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si allega valido documento di identità**

Data e luogo

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_