



**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Savona**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ARTT. 46 E 47 D.P.M. N.445 DEL 28 DICEMBRE 2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole, secondo quanto previsto dall'art 76 D.Lgs 28/12/2000 e ss.mm., della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi,

**DICHIARA**

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

Data \_\_\_\_\_ Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_

L'operatore addetto \_\_\_\_\_

**ALLEGARE COPIA FRONTE/RETRO DEL PROPRIO DOCUMENTO DI IDENTITA'**

Delegato identificato con documento di riconoscimento _____	
Emesso da _____ in data _____	
Data _____	Firma impiegato/a addetto/a _____

Modulo rev. 1 del 14.02.2023