



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Savona

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ARTT. 46 E 47 D.P.R. 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.P.R. 445/2000, 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 19.03.2024



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Savona

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

Manifestazione di consenso al Trattamento dei Dati Personali: dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sempre aggiornata e reperibile presso i nostri uffici e sul sito dell'Ordine (link: <https://www.opisavona.it/privacy-policy/>) ai sensi dell'Art. 13 D.lgs. 196/2003 così come modificato dal D.lgs 101/2018 e in ottemperanza del Reg. UE 679/2016 (GDPR), oltre a quelle contenute nelle Condizioni generali di Contratto "Posta Elettronica Certificata" e presto quindi libero specifico consenso informato al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate. Dichiaro,