

## Modulo per rilascio certificati



Marca da bollo vigente  
non richiesta se esonerato (\*)

Al Presidente dell'Ordine delle  
Professioni Infermieristiche di  
**POTENZA**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
tel./cell. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
iscritto dal \_\_\_\_\_ al n° di posizione \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.15 della legge 183/2011, non possono più essere rilasciati e accettati certificati da produrre a pubbliche amministrazioni e/o ai gestori di pubblici servizi e che in questi casi si deve provvedere all'autocertificazione;
- di essere a conoscenza che i certificati, assieme a questo modulo, devono essere ordinariamente rilasciati in bollo con marca da €16,<sup>00</sup>, salvo ricorra una delle ipotesi di esenzione del bollo previste dalla normativa vigente;
- di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt.75 e 76 del DPR 445/2000;
- di essere informata/o che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (Regolamento UE 2016/679).

### RICHIEDE

- il rilascio di n° \_\_\_\_\_ certificato/i certificati di iscrizione all'Albo  
 il rilascio di n° \_\_\_\_\_ certificato/i comprovante il pagamento delle quote di iscrizione all'Albo

causa: \_\_\_\_\_

- in carta libera (\*) solo se esonerati       in carta resa legale (bollo su certificato e modulo di richiesta)

(\*) All'uopo dichiara di essere nella **condizione di esonero dal bollo** in quanto (controllare la tabella e specificare): \_\_\_\_\_

Codice: \_\_\_\_\_ riferimento normativo e descrizione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma autografa del richiedente)

**NOTA: in base agli artt. 22 e 25 del D.P.R. n. 642/72, l'omesso pagamento del bollo comporta la sanzione a carico del richiedente**

### DELEGA

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
delego la/il sig.ra/sig. \_\_\_\_\_  
al ritiro del/dei certificati ed allego copia di un mio documento di riconoscimento:  
 Carta d'identità     patente     passaporto     altro \_\_\_\_\_  
rilasciato dal \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

(Spazio riservato alla segreteria) \_\_\_\_\_