

## Richiesta certificato d'iscrizione all'Albo in esenzione di bollo

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_  
Provincia di \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
Provincia di \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel./cell. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
iscritto all'OPI di Verona dal \_\_\_\_\_ 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, devono essere ordinariamente rilasciati con marca da bollo di € 16,00 salvo ricorra una delle ipotesi d'esenzione prevista 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 dei 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**).
- che il certificato è emesso per un Paese Estero: **SI**  **NO**  (**Compilazione Obbligatoria**)

### DICHIARA

Che la presente domanda viene presentata per il seguente motivo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ previsto dalla Tabella Allegato B del DPR 642/1972 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nonché da altre norme speciali di  
cui si specificano di seguito gli estremi \_\_\_\_\_

di essere consapevole che la motivazione relativa all'esenzione dell'imposta di bollo sarà riportata nella documentazione richiesta.

### Ciò Premesso CHIEDE

Il rilascio del certificato d'iscrizione all'Albo per \_\_\_\_\_  
(specificare Albo di appartenenza: Infermieri o Infermieri Pediatrici)

### Informativa – Reg. UE 679/2016

I suoi dati sono raccolti e trattati per l'esclusiva finalità di perseguire gli scopi istituzionali dell'Ordine e il conferimento dei dati è pertanto obbligatorio, i suoi dati saranno trattati con modalità manuali, informatiche e/o telematiche e potranno essere comunicati e diffusi solamente per la persecuzione delle finalità istituzionali.

Verona, li \_\_\_\_\_

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

**NOTA: il certificato può essere ritirato presso la Segreteria dell'OPI dopo tre giorni lavorativi dall'inoltro della presente. Sarà consegnato brevi manu all'interessato o a persona munita di delega, sulla quale dovranno essere riportati gli estremi del documento di identità del delegante e del delegato.**