

Marca da Bollo

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

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Iscritt\_\_ all'Albo degli \_\_\_\_\_ con n. iscrizione \_\_\_\_\_  
(specificare Infermieri o Infermieri pediatrici)

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art.3, comma 5, del DLCPS 233/46 e s. m. di conservare l'iscrizione all'OPI di Verona.  
Consapevole delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 in caso di falsità  
in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici  
conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere  
(art. 75 del DPR 445/2000).

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/200,

**DICHIARA**

Di essere iscritto all'A.I.R.E. del Comune di \_\_\_\_\_ a seguito trasferimento  
della residenza nella città di \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

A seguito di dichiarazione sostitutiva atto di notorietà,

**DICHIARA**

Di avere domicilio presso \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**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.

Data, \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_