

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI SMARRIMENTO

(Legge n° 191 del 16/06/98)

Al Presidente  
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona  
Via Ca' di Cozzi, 41  
37124 VERONA

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N. telefono/cell. \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per false attestazioni o dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

## DICHIARA

di aver smarrito in data e luogo incerti la tessera di iscrizione all'Albo Professionale.

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

Firma

---

(Esente da autentica ai sensi dell'art. 3, comma 10 Legge 127/97)