

**Modulo per il rilascio di certificazioni da parte dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trieste**

Marca da bollo vigente  
non richiesta se esonerato (\*) ai sensi della  
tabella allegato B, DPR 642/72 ed altre leggi  
speciali

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

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
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 € 16,00 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° \_\_\_\_\_ certificati di iscrizione/regolarità contributiva all'Albo degli \_\_\_\_\_  
motivazione: \_\_\_\_\_

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

(\*) All'uopo dichiara di essere nella **condizione di esonero dal bollo** (cfr. tabella allegato B – D.P.R. 642/1972 o altre leggi speciali)

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

\_\_\_\_\_  
(firma autografa e leggibile 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**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

Cura il ritiro il/la Sig./Sig.a \_\_\_\_\_  
identificato/a a mezzo del seguente documento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(firma dell'impiegato addetto)

**PER RICEVUTA**

\_\_\_\_\_  
Il delegato