

# ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI CALTANISSETTA

Autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

Il/La sottoscritto/a:

Nome e Cognome:	_____
Nato/a a:	_____ (____) il ____/____/____
Codice Fiscale:	_____
Residente in:	_____
Via/Piazza:	_____ n. ____
Telefono:	_____
Email/PEC:	_____

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

## DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti previsti per l'iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non avere procedimenti penali in corso (carichi pendenti);
- di essere in pieno godimento dei diritti civili e politici;
- di non essere destinatario/a di provvedimenti che impediscano l'esercizio della professione infermieristica;
- che quanto dichiarato corrisponde a verità.

La presente dichiarazione è resa per uso amministrativo presso l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Caltanissetta.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma (leggibile): \_\_\_\_\_