



DICHIARAZIONI SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 12 della legge 5 ottobre 2011 n.159)

ELEZIONE DOMICILIO PROFESSIONALE

(art. 5 comma 2 lettera b del DD 6 giugno 2022 n. 88)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ il _____
(luogo) (data)

residente a _____ in via _____
(luogo) (indirizzo)

provincia _____ Paese _____

consapevole che chiunque rende dichiarazioni false o mendaci è punito a norma delle leggi penali vigenti ai sensi dell'articolo 24 della Legge n. 159/2011 e decade dei benefici eventualmente ottenuti, ai sensi dell'articolo 25 della Legge n.159/2011, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di svolgere la propria attività professionale presso la struttura sanitaria denominata:

consapevole di garantire la reperibilità presso la Direzione Sanitaria/Ufficio/Servizio nel caso l'Ordine delle Professioni Infermieristiche intenda contattarmi presso la struttura indicata anche tramite posta elettronica certificata o posta raccomandata.

Data: ____/____/____ Firma Il/la dichiarante : _____

Per la Struttura Cognome: _____ Nome: _____

Data: ____/____/____

Timbro e Firma: _____

Ordine delle Professioni Infermieristiche della Repubblica di San Marino

via ventotto luglio, 212 scala A 1° piano interno 5/17 Borgo Maggiore 47893

Telefono 0549-991333 - Fax 0549-992001

info@opisanmarino.sm

tNotice presidente@opisanmarino.sm

PEC ordine@pec.opisanmarino.sm

COE 30217