

**Modulistica per comunicazione di esercizio temporaneo per cittadini stranieri
in DEROGA alle norme sul riconoscimento del titolo di Infermiere/Infermiere Pediatrico**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(artt. 46 e 47 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente nel Comune _____ Prov. _____

Via _____ N. _____ Tel. _____

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76/75)

DICHIARA

(barrare le caselle che interessano)

di essere nato/a a _____ Prov. _____

Stato _____ il _____;

di essere cittadino/a _____;

di avere il seguente Codice Fiscale _____

di essere residente in (Via/Corso/Piazza) _____ n. _____ nel
Comune di _____ Prov. _____;

Di avere il/la (Permesso di soggiorno/attestazione di regolarità di soggiorno per cittadini comunitari)
_____ rilasciato/a dal/dalla _____
con scadenza _____;

Di avere la seguente Mail _____;

Di avere la seguente PEC _____;

Di aver ottenuto il rilascio della deroga alle norme sul riconoscimento del titolo di
(Infermiere/Infermiere Pediatrico) _____ **dalla Regione**
Marche in data _____, dopo aver presentato apposita istanza alla Regione
Marche;

Di prestare servizio in qualità di (Infermiere/Infermiere Pediatrico) _____ **presso la**
seguinte struttura sanitaria a contratto con il Servizio sanitario nazionale:
_____ **Con Sede in (indicare l'indirizzo completo)**

Tel. (della Struttura) _____

Mail (della struttura) _____ **Pec (della struttura)** _____.

Ancona, _____

Il/la Dichiarante (Firma) _____

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3,
comma 10 della legge 127/97)

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice della Privacy (D. Lgs. 196/03 D. Lgs. 101/18) sono informato che il trattamento dei miei dati personali avverrà anche con mezzi informatici esclusivamente nell'ambito della procedura di acquisizione della documentazione prevista dalla L.14/2023, di conversine con modificazioni del Decreto-Legge 198/2022.

Firma _____

Si allega:

- **Copia dell'atto di deroga della Regione Marche**
- **Fotocopia documento identità**
- **Fotocopia C.F.**