

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

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

nato/a a _____ () il _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)

residente a _____ ()
(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- di essere iscritto/a all'Albo degli Assistenti Sociali della regione Campania dal _____
Iscrizione n° _____
- che i dati relativi alla propria iscrizione all'Albo Professionale sono depositati presso la sede dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Campania a Napoli, in Via Vespucci n° 9 scala P int. 823 – 80142.

Luogo e data

Il / La Dichiarante

.....

.....