



**Ordine  
Professioni  
Infermieristiche**

**Modulo richiesta P.E.C.  
(Posta Elettronica Certificata)**  
(Tutti i campi devono essere compilati in modo chiaro  
e leggibile)

### Dati richiedente

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ N. Tel. \_\_\_\_\_

e-Mail semplice \_\_\_\_\_

### Indirizzo PEC

L'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) sarà composto dal nome.cognome@pec.it

### Dichiarazioni del richiedente

Il richiedente dichiara:

(I) ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000 e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), che le informazioni e i dati sopra indicati sono veritieri e perfettamente corretti;

(II) di aver preso attenta visione del Manuale Operativo Posta elettronica certificata e delle Condizioni di fornitura dei servizi di certificazione che disciplinano le modalità di fornitura del servizio, disponibili per il download al link <http://www.pec.it/termini-condizioni.aspx>.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Documentazione aggiunta

E' necessario allegare alla presente richiesta: **Copia di documento di identità in corso di validità.**

**Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196.**

Firma \_\_\_\_\_