

Al Presidente  
Ordine delle Professioni Infermieristiche di Treviso  
Via Sile n. 17/b  
31057 Silea (TV)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

DICHIARA

di aver smarrito in data e luogo incerti la tessera di riconoscimento all'Albo Professionale degli Infermieri.

Data \_\_\_\_\_

In fede

Firma \_\_\_\_\_