

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art.46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Spett.le

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

c.f. _____

Residente a _____ Via _____

A conoscenza di quanto prescritto dall'art.75 del D.P.R. 28/12/2000, n.445, sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art.76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

DI ESSERE ISCRITTO ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI COMO:

ALBO MEDICI CHIRURGHI al n° _____ dal _____

ALBO ODONTOIATRI al n° _____ dal _____

Luogo _____ Data _____

In fede

Trattamento dei dati personali:

Si autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs n.196 del 30.06.2003 (codice in materia dei dati personali), per gli adempimenti connessi al procedimento per i quali sono richiesti.