

AUTOCERTIFICAZIONE (D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa
Nato/a Prov.
Il Codice Fiscale
Residente in Prov.
Indirizzo
Telefono e PEC

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di al n.;

Di aver conseguito i seguenti titoli:

Laurea in in data

Università di voto

Abilitazione alla professione di

Sessione Anno

Specializzazione in

Università

data voto

Luogo e data di compilazione

Firma.....

Al modulo deve essere allegata la fotocopia, fronte e retro, chiaramente leggibile, di un documento di identità in corso di validità.