

Fac-simile

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DI ISCRIZIONE IN ALBI O ELENCHI
(art. 46 T.U. lettera a – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

via _____ n. _____

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76/75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D. Lgs 196/2003

DICHIARA

di essere iscritto/a nell'Albo dei/degli : MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI al numero _____ dal _____

di appartenere all'Ordine professionale di: _____

di essere in possesso del titolo di studio di: _____

conseguito il _____ presso l'Università di _____

di aver conseguito l'abilitazione il _____ presso l'Università di:

di essere in possesso della/delle seguente/i specializzazione/i:

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 DPR 28 dicembre 2000 n. 455

Luogo e data _____

Il dichiarante
