

AUTOCERTIFICAZIONE TITOLI

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (ART.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa

Codice fiscale

Email cellulare

PEC

iscritto/a all'Albo: Medici Chirurghi n. Odontoiatri n.

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 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. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

DICHIARA DI AVER CONSEGUITO I SEGUENTI TITOLI:

Diploma di formazione specifica in Medicina Generale

Regione data

SPECIALIZZAZIONE MASTER DOTTORATO

Università data

Voto Lode

SPECIALIZZAZIONE MASTER DOTTORATO

Università data

Voto Lode

SPECIALIZZAZIONE MASTER DOTTORATO

Università data

Voto Lode

DATA

FIRMA.....

ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Inviare tramite PEC a: segreteria.pi@pec.omceo.it