

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

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa			
Codice fiscale			
nato/a		prov	
il			
Residente in		prov	
Indirizzo			
Email		cellulare	
PEC			

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

di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di:

Albo Medici Chirurghi: numero		data iscrizione	
Albo Odontoiatri: numero		data iscrizione	

Luogo e data

Firma

ALLEGARE: COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ