

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

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

Nato/a a _____ Prov. _____

Il _____ Codice Fiscale _____

Residente in _____ Prov. _____

Indirizzo _____

Telefono e/o mail _____

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 _____

Di aver conseguito i seguenti titoli:

Laurea in _____ in data _____

Università di _____ voto _____

Abilitazione alla professione di _____

Sessione Anno _____

Specializzazione in _____

Università _____

Data _____ voto _____

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.