

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.