

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.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

1. Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____

2. Di aver conseguito i seguenti titoli:

- Laurea in _____
in data _____ presso l'Università di _____
con voto ____/____
- Abilitazione alla professione di _____
Sessione Anno _____
- Specializzazione in _____
in data _____ presso l'Università di _____
con voto ____/____
- Specializzazione in _____
in data _____ presso l'Università di _____
con 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.