

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 T.U. – D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e art. 15 Legge 183 12/11/2011)

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ cap _____

Via _____ n. _____

Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt.76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003

DICHIARA

- Di essere nato/a : _____ il _____
- **DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI PIACENZA DAL _____ AL NUMERO _____**
- **DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PIACENZA DAL _____ AL NUMERO _____**
- DI NON AVERE IN CORSO A MIO CARICO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI .

Luogo e data _____

Il dichiarante

Allegata copia di valido documento di identità personale