DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nat _ a _____

prov. ____ il _____ , codice fiscale __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/,

residente in _____ prov. ____

Via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445), dichiara sotto la propria responsabilità che

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data ……..

Il/La dichiarante

_____

AVVERTENZA: **IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NOVARA

Il/la sottoscritt__ _____ , incaricato/a al recepimento della domanda, ATTESTA, ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, che il/la Dott.___ _____ indentificat_ a mezzo _____ n. _____ rilasciat_ il _____ da _____ scadenza _____ ,ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

Timbro e firma dell'incaricato/a che riceve l'istanza.

_____

Data _____