

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____ residente a _____
Via _____ n. _____

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75)

DICHIARA
Sotto la propria responsabilità

di essere iscritto/a all'Albo _____ al n° _____

presso l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Prato

di avere conseguito la laurea in _____ in data _____

Presso l'Università di _____ con la votazione _____

Abilitazione alla professione di _____ sessione _____ anno _____

di avere conseguito la specializzazione in _____

presso l'Università degli Studi di _____

in data _____ con voto _____

di avere conseguito la specializzazione in _____

presso l'Università degli Studi di _____

in data _____ con voto _____

Dichiara di essere informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del GDPR 679/16.

Luogo e data _____

Il dichiarante

Allega:

-fotocopia documento identità