

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

Cognome _____ Nome _____

nato/a il ____/____/____ a _____ prov. _____ :

C.F. _____

residente in _____ prov. _____

via _____ civico _____

interno _____ scala _____

consapevole delle responsabilità delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445), dichiara sotto la propria personale responsabilità

- 1) di essere iscritto all'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di _____ all'Albo¹ _____ dal ____/____/____ al n. _____;
 - 2) di aver conseguito il diploma di laurea in² _____ presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____ con voti _____;
 - 3) di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____ con voti _____;
 - 4) di aver superato presso l'Università degli studi di _____ l'esame di Diploma di Specialista in _____ _____ in data ____/____/____ con voti _____.
- Data ____ / ____ / ____ . Firma del dichiarante _____

¹ Indicare **dei Medici Chirurghi** o **degli Odontoiatri**

² Indicare **Medicina e Chirurgia** o **Odontoiatria e Protesi Dentaria**