

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

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 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. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere iscritto/a all'**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di**

dal giorno Albo Medici Chirurghi n. Albo Odontoiatri n.

di avere conseguito i seguenti titoli:

Laurea in in data

Università di voto

laurea abilitante all'esercizio della professione di Medico Chirurgo, riferimento legislativo: Art. 102 del D.L. n. 18/20, convertito in Legge n. 27 il 24 aprile 2020.

Specializzazione in

Università di data voto

Luogo e data

Firma _____

Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi del GDPR (UE) 679/2016.

SI ALLEGA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ