

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

(NOMINATIVO)

..l.. sottoscritt.. dott. _____

Nat.. a _____ (Prov.) _____ il _____

Residente in _____ Cap _____ Via _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____ Pec _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000, **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', QUANTO SEGUE:**

il proprio nominativo è il seguente: _____

il proprio Codice Fiscale è il seguente: _____

dichiara altresì, sotto la propria responsabilità, che il dott. _____

_____ e il dott. _____

sono la stessa persona.

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE:

I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITA' ISTITUZIONALI DELL'ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPI TELEFONICI E DEGLI INDIRIZZI E-MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHE' IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.E.O.

Data _____

Firma _____

Allegati:

[] fotocopia del documento d'identità

[] fotocopia del Codice Fiscale