

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