

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

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**

di essere iscritto/a all'Albo \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ tenuto

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

di essere in possesso della/e seguente/i specializzazione/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Autorizzo il soggetto privato che riceve questa autocertificazione a verificare i dati in essa contenuti rivolgendosi alla/e Amministrazione/i competente/i.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

\_\_\_\_\_

Allega:

-fotocopia documento identità