

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