

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

TESSERINO D'ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n° _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri della provincia di Livorno al

n° _____ dal _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (Art. 76 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445), sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di aver smarrito / irrimediabilmente deteriorato il tesserino d'iscrizione n° _____ ,

rilasciato da codesto Ordine e quindi ne richiede il rilascio di uno nuovo.

Livorno li, _____ Il /La dichiarante _____

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DICHIARAZIONE NON VERITIERA
--

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LIVORNO

Attesto ai sensi dell'art.30 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che

Il/la Dott./Dott.^{ssa} _____ identificato

con documento _____ n. _____ rilasciato il

_____ ha sottoscritto in mia presenza la dichiarazione di cui sopra.

Livorno li, _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

**DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE PER LA RICHIESTA DI DUPLICATO
DELLA TESSERA PROFESSIONALE**

Si allegano alla presente domanda:

- dichiarazione di smarrimento o deterioramento;
- fotocopia del documento d'identità;
- n° 1 foto formato tessera
- Copia del versamento di € 10,00(dieci) sul c/c bancario DELL'ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LIVORNO

CODICE IBAN: IT 66 E 01015 13900 000000020326

(BANCO DI SARDEGNA – P.ZZA CAVOUR - 57126 LIVORNO)