

AUTOCERTIFICAZIONE ISCRIZIONE ALBO (D.P.R.445/2000)

il/la sottoscritto/a
nato/a a prov. il
di essere cittadino/a
codice fiscale
di essere residente a; prov
in via Cap.

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n . 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di LIVORNO
dal giorno Albo Medici Chirurghi n. Albo Odontoiatri n.....
di avere conseguito il diploma di laurea in il
con voto.....presso l'Università degli Studi di
di aver superato l'esame di abilitazione professionale nel (indicare mese, anno, sessione o se laurea abilitante)
.....con voto.....presso l'Università degli Studi di.....
di aver conseguito il diploma di Specializzazione in
con voto.....presso l'Università degli Studi di.....

Data firma (*)

(*) allegare fotocopia di un documento di identità.