



**"QUESTO MODULO E' SOGGETTO A REVISIONE CONTINUA DI QUALITA'PERTANTO SONO GRADITE
PROPOSTE DI MODIFICA"**



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina - Piazza Angelo Celli, 3 - 04100 Latina
Tel 0773/693665 - Fax 0773/489131 - info@ordinemedicilatina.it - www.ordinemedicilatina.it

“DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA” (Sostituisce il Certificato di iscrizione all’Ordine)”

Spett. le _____

Il/La Sottoscritta

Cognome _____

Nome _____

Nato/a _____ il ____ / ____ / ____

Residente in _____

Via _____

Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76/75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003 e S.M.I.

DICHIARO

- Di essere iscritto/a all’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Latina al n° _____
dell’Albo Medici Chirurghi/Odontoiatri dal ____ / ____ / ____

- Precedenti iscrizioni : _____

Provincia di _____ dal _____ sino al _____

Provincia di _____ dal _____ sino al _____

Provincia di _____ dal _____ sino al _____

Provincia di _____ dal _____ sino al _____

FIRMA

DATA _____

La firma NON deve essere autenticata e la sottoscrizione NON deve essere necessariamente avvenire alla presenza dell’impiegato dell’Ente che ha richiesto il certificato.

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d’ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell’art. 37 D.P.R. 445/2000.

Allegare fotocopia documento di riconoscimento valido

Data Em.	12/07/2018	Mod.	A15	Rev.	03	Pagina 1 di 1
----------	------------	------	-----	------	----	---------------