DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 T.U. – D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e art. 15 Legge 183 12/11/2011)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a_____ il _____

Residente in_____cap_____

Via _____n._____

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

DICHIARA

- Di essere nato/a : _____il_____
- **DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI PARMA DAL _____AL NUMERO_____**
- **DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PARMA DAL_____AL NUMERO_____**
- DI NON AVERE IN CORSO A MIO CARICO PROCEDIMENTI DISCIPLIARI .
- di aver conseguito le seguenti specializzazioni:

  titolo: _____Università di _____

  data_____

  titolo: _____Università di _____

  data_____

Luogo e data_____

Il dichiarante

_____

Allegata copia di valido documento di identità personale