

## 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 CAMPOBASSO DAL \_\_\_\_\_ AL NUMERO \_\_\_\_\_**
- **DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CAMPOBASSO DAL \_\_\_\_\_ AL NUMERO \_\_\_\_\_**
- DI NON AVERE IN CORSO A MIO CARICO PROCEDIMENTI DISCIPLIARI .

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

Allegata copia di valido documento di identità personale