

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il sottoscritto Dr. _____

nat a _____ il _____ residente in

_____ Via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), dichiara sotto la propria personale responsabilità che

Enna li _____

Il/La dichiarante

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI ENNA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi del D.P.R.

28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____

identificato a mezzo di _____ n. _____ rilasciato da _____

il _____ ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

Enna li _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione
