

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi o esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'**

☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio o qualifica professionale \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

☐ di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

☐ di esercitare, presso enti pubblici o altre istituzioni private, le seguenti attività professionali \_\_\_\_\_  
con il seguente rapporto di lavoro o impiego \_\_\_\_\_

☐ di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di Padova con il n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

☐ di svolgere la propria attività libero professionale nella branca specialistica di \_\_\_\_\_  
presso i locali ubicati in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

☐ e di erogare le seguenti prestazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_