

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 Dichiарате