

La/Il sottoscritta/o

Cognome

Nome

Nata/o a

il

Codice Fiscale

Residente a

Via/Corso/Piazza/_____

ai sensi e per gli effetti degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n° 445 28/12/2000, a conoscenza di quanto prescritto dall'Art. 75 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al procedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo Art. 76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere iscritta/o all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como

Albo Medici Chirurghi

al n°

dal

Albo Odontoiatri

al n°

dal

Data

Firma

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs n° 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, per gli adempimenti connessi al procedimento per i quali sono richiesti.

Firma

Esente da imposto di bollo ai sensi dell'art. 37 DPR n° 445/2000