



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI E PROVINCIA

Allegato B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 – D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

I sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il __/__/__, consapevole delle sanzioni penali previste, ai sensi e per gli effetti degli artt. 48 e 76, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e delle previsioni dell'art.75 del medesimo D.P.R.,

DICHIARA

Allega fotocopia di proprio documento di riconoscimento, in corso di validità.

Luogo e data

Il dichiarante

Ente Pubblico non Economico (C.F. 80016910632)
Via Riviera di Chiaia, 9/c - 80122 Napoli. Telef. n. 081\660544 – 081\660517 fax n. 081\7614387;
e – mail: ordmed@ordinemedicinapoli.it ; pec: ordinemedicinapoli@pec.it