

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_;

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ **consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art.76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445), dichiara sotto la propria personale responsabilità che:**

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

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara: di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003

Data \_\_\_\_\_ Il /La dichiarante \_\_\_\_\_  
.....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DI UNA DICHIARAZIONE EVENTUALMENTE NON VERITIERA**

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI REGGIO CALABRIA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato,  
ATTESTA, ai sensi e per effetto dell'art. 30 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445, che il Dott.  
\_\_\_\_\_ identificato a mezzo di  
\_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza la  
dichiarazione di cui sopra.

	Timbro e firma dell'incaricato che riceve la dichiarazione
data .....	.....