

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003.

FIRMA

Data _____

Si allega fotocopia Cod.Fiscale e documento di identità

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI REGGIO CALABRIA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n° 445 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

**Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza**

DATA _____
