

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 DPR 28-12-2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il.....

residente a.....in Via.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28-12-2000 n. 445,

DICHIARA

.....
.....
.....
.....

Data.....

Il/La dichiarante

.....

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LIVORNO**

L'identità personale è stata accertata a mezzo

rilasciata il..... da.....

Data.....

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione