

ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S. 13/09/1946 n. 233) Via G.B. De Rossi, 9 00161 ROMA Tel. 06/4417121 (8 linee r. a.) - Fax 06/44234665

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____

e-mail _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, **DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:**

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE:

I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C. e O.

Data

Firma

INVIO x POSTA/Fax/e-mail ecc ... (Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO
La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:

Sig./Sig.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N. ° _____ del _____