

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
Prov.(\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ consapevole delle  
responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto  
la propria responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445).

### DICHIARA

di avere conseguito il titolo di:

**SPECIALIZZAZIONE**

**DOTTORATO**

**MASTER**      1° livello [\_\_]      2° livello [\_\_]

**CORSO FORMAZIONE SPECIALISTICA MEDICINA GENERALE**

legge: \_\_\_\_\_

rilasciato da: \_\_\_\_\_

In \_\_\_\_\_

presso l'Università degli Studi: \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_/\_\_\_\_  lode

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Il dichiarante (\*) \_\_\_\_\_

(\*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata o trasmessa a mezzo telefax unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento, (artt. 30e 38 DPR 28/12/2000 n.445)

AVVERTENZE: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA  
BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

### Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
L'AQUILA

L'identità personale è stata accertata a mezzo \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
scadenza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_