

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

di essere iscritto all'Ordine Provinciale di \_\_\_\_\_ dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_; di non essere decaduto né sospeso dall'Ordine e di non avere provvedimenti disciplinari in corso.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del decreto legislativo 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....  
(luogo, data)

**Il Dichiarante**

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.