

**AUTOCERTIFICAZIONE ISCRIZIONE ALBO (D.P.R.445/2000)**

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa   
nato/a a  prov.   
il  codice fiscale   
residente in  prov.   
indirizzo

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di essere iscritto/a all'**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di**  
dal giorno  Albo Medici Chirurghi n.  Albo Odontoiatri n.

**di avere conseguito i seguenti titoli:**

Laurea in  in data   
Università di  voto

Abilitazione alla professione di  sessione  anno

Specializzazione in   
Università di  data  voto

Luogo e data

Firma \_\_\_\_\_

**SI ALLEGA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ**