OMCEO
ORDINE PROVINCIALE DI ROMA
DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S. 13/9/1946 n. 233)
Via G.B. De Rossi, 9 00161 ROMA - Tel. 06/4417121 - email: info@ordinemediciroma.it - pec: protocollo@pec.omceoroma.it

PROTOCOLLO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO GENERICA

(Art. 47 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)

_l_ sottoscritt_ Sig._ / Dott._ _____
(COGNOME NOME)

nato a _____ il _____

residente in _____ (PROV._____) C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

(*) Iscritto/a all'**ALBO** ☐ **MEDICI-CHIRURGHI** - Pos. n._____ ☐ **ODONTOIATRI** - Pos. n. _____

(*) RISERVATO SOLO AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' 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.eO.

Data _____ Firma _____

☐ **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 _____ **RICEVUTA N.°** _____ del _____
(Timbro e firma del funzionario)

☐ **INVIO x POSTA**/ 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)*