

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

**CONTRASSEGNO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, consapevole  
delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci  
dichiarazioni (Art. 76 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445), sotto la propria  
personale responsabilità

**DICHIARA**

che il contrassegno auto n. \_\_\_\_\_, rilasciato da codesto Ordine, si è irrimediabilmente  
deteriorato e ne chiede sostituzione con altro nuovo.

Bari lì, \_\_\_\_\_

Il /La dichiarante  
\_\_\_\_\_

<b>AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGI ED ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI BARI**

Attesto ai sensi dell'art.30 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott.  
\_\_\_\_\_ identificato con documento  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ ha  
sottoscritto in mia presenza la dichiarazione di cui sopra.

Bari lì, \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione  
\_\_\_\_\_