

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



**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
