

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

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, sotto la propria personale responsabilità (Art. 76 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445),**

**DICHIARA**

che il proprio nominativo è il seguente :

\_\_\_\_\_ dichiara, altresì

che il Dott. \_\_\_\_\_

e il \_\_\_\_\_ sono la stessa persona.

Bari lì, \_\_\_\_\_

Il /La dichiarante

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



**ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGHI 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