

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

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 che il Dott. _____
identificato con documento _____ n. _____
rilasciato il _____ ha sottoscritto in mia presenza, previa ammonizione sulle
responsabilità penali previste dagli artt.495 e 496 c.p. e dall'art. 46 del T.U. DPR 28
dicembre 2000 n. 445 a cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, la
dichiarazione di cui sopra.

Bari lì, _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione
