

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

TESSERINO D'ISCRIZIONE

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

di aver smarrito il tesserino d'iscrizione n. _____, rilasciato da codesto Ordine e quindi
richiede il rilascio di uno nuovo.

Bari lì, _____

Il /La dichiarante

**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
