

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 46 T.U. - D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e art. 15 Legge 183 del 12.11.2011)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____,
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci
dichiarazioni (art. 76 T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445) sotto la propria responsabilità
DICHIARA:

di essere nato a _____ il _____;

di essere residente a _____;

di esercitare la professione nello studio sito in _____

che le attrezzature odontoiatriche presenti nello studio sono di sua proprietà e che il rapporto tra
medico e paziente è personale e diretto.

Dichiara inoltre di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono
destinati i dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs.196/2003 e successive
modificazioni e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Data _____

Firma

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI ALESSANDRIA

Il sottoscritto, incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. DPR 28 dicembre 2000
n. 445 che il Dott. _____

identificato a mezzo di _____

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Alessandria, li _____

Timbro e firma

**Allegato: fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di
validità.**