

DICHIARAZIONE DI RESIDENZA

All'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
Via Pisacane, 21

ALESSANDRIA

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

D I C H I A R A

di essere nato a _____ il _____

di essere residente a _____

Via _____ n. _____

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

Distinti saluti.

Addì, _____

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.**