

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente in _____

via _____ n. _____

Codice Fiscale

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, e con finalità di autocertificazione, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di essere iscritto/a all'albo dei _____

dell'Ordine dei Tecnici Sanitari Di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione della Provincia di Brindisi dal ____/____/____

al numero _____

di essere in possesso della seguente qualifica professionale/titolo di _____

conseguito il ____/____/____ presso _____

Luogo e data _____, ____/____/____

Il Dichiarante
