

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DELL'ART. 46 D.P.R. 445 DEL 28.12.2000

Periorestaurativa: Interazioni e protocolli per il clinico

Dr/D.ssa Nato/a a Il
Residente a In via n. civico

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.PR 455/2000 e che, inoltre, qualora del controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Dichiara

Di essere nata/o a il

Di essere residente nel comune di in via n

Di essere Cittadino/a

Di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i

di essere iscritti all'ordine dei Medici della Provincia di

matricola nr.

Di possedere il seguente numero di codice fiscale/individuale

Di possedere il seguente numero di Partita I.V.A.

Data

Firma

.....

.....

I dati raccolti con il presente documento verranno trattati in conformità al regolamento europeo 679/2016 e al d.lgd 196/2003 come modificato dal d.lgs 101/2018 per le finalità con le modalità indicate nell'informativa disponibile nel sito www.dunamiseducation.com

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art.41 D.P.R. 445/2000), se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art.38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art.37 D.P.R. 445/2000.

Con la presente sottoscrizione il partecipante dichiara e garantisce la veridicità e autenticità dei documenti richiesti esonerando, pertanto, la società da ogni responsabilità in merito a dichiarazioni false e/o mendaci in essa contenute.