**AUTOCERTIFICAZIONE ISCRIZIONE ALBO ORDINE PROFESSIONE**

**(D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa Nato/a a Prov. \_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale , residente in -Prov. Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella qualità di vincitore/trice del concorso per l’accesso alle Scuole di Specializzazione riservate ai medici SSM A.A. 2023-2024, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Di essere iscritto/a all’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a seguito del conseguimento dell’abilitazione alla professione di \_\_\_\_\_\_ - Sessione Anno .

Luogo e data di compilazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

……………………………………….

Al modulo deve essere allegata la fotocopia, fronte e retro, chiaramente leggibile, di un documento di identità in corso di validità.