

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ 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 personale  
responsabilità

**DICHIARA**

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

Il /La dichiarante

Pordenone, .....

.....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO  
SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

---

**PARTE RISERVATA ALL'ORDINE, DA COMPILARE NEL CASO DI PRESENTAZIONE PERSONALE  
DELLA DOMANDA**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PORDENONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 del  
T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445, che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a  
mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di  
cui sopra.

Pordenone, .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione

.....

**N.B.: La presente dichiarazione può essere inviata anche per posta o via fax, purchè accompagnata dalla  
fotocopia avanti e retro di un documento valido d'identità (carta d'identità, patente di guida rilasciata  
dalla Prefettura o passaporto).**