DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Scheda riassuntiva delle particolari capacità professionali
Branca di Odontoiatria

Il/la sottoscritto/a_____

nato/a a_____(_____) il_____

residente a _____(_____) in via_____

consapevole delle sanzioni penali, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, e in riferimento ai requisiti della Pubblicazione di _____ nella Branca di _____, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA di possedere i seguenti requisiti

Specialista in Ortodonzia con comprovata esperienza e capacità di trattamento di pazienti dismorfici a rischio sistemico e special needs, acquisita preferibilmente in ambito ospedaliero.

Capacità professionali acquisite *(indicare durata, sedi e tipologia di attività svolta, eventuale possesso di formazione specifica documentabile):*

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

località _____ data _____ firma _____