

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua responsabilità (art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000)

### DICHIARA

- di possedere la seguente qualifica professionale o titolo di specializzazione o di abilitazione:

\_\_\_\_\_

- di essere in possesso di abilitazione all'esercizio della professione di:

Odontoiatra

Igienista Dentale

- di aver conseguito il seguente titolo di studio accademico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- di essere iscritto in albi o elenchi tenuti da pubbliche amministrazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

o di appartenere all'ordine professionale: \_\_\_\_\_

- di indicare il nominativo del titolare o direttore sanitario dello studio odontoiatrico presso cui l'interessato svolge la propria attività professionale

\_\_\_\_\_

Per gli odontoiatri e gli igienisti dentali che intendono attività solidaristiche si richiede di indicare la sede, i giorni e gli orari nei quali si rendono disponibili a svolgere l'attività solidale.

SEDE	GIORNO	ORARIO

*I dati saranno trattati in conformità al D. Lgs. 196/2003 recante "il codice in materia di protezione dei dati personali"*

\_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

In allegato copia documento di identità in corso di validità