

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEI TITOLI
PER PROFESSIONI SANITARIE**
(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a nato/a a
il....., residente in(prov.)
via.....n.....;
documento di riconoscimento:.....n.....rilasciato da
in data.....; consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000:

DICHIARO

- 1) di essere in possesso del titolo di studio
conseguito presso.....il.....;
- 2) di essere iscritto/a al n..... del Collegio professionale della Provincia di
dal..... (se esistente);
- 3) (altri eventuali titoli).....;

In fede.

..... li,.....

Firma

.....