

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 T.U.– D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e art.15 Legge 183 12/11/2011)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ cap _____

Via _____ n. _____

Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt.76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs. 196/2003

DICHIARA

- Di essere nato/a _____ il _____
- DI ESSERE ISCRITTO ALL'ORDINE TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DELLA RIABILTAZIONE E DELLA PREVENZIONE della PROVINCIA DI CATANIA DAL _____ ALBO PROFESSIONALE _____ AL NUMERO _____
- DI NON AVERE IN CORSO A MIO CARICO PROCEDIMENTI DISCIPLIARI .

Luogo e data

Il dichiarante

Si allega documento di identità