DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____il _____/_____/_____

residente in _____

via _____n._____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, e con finalità di autocertificazione, 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. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- di essere iscritto/a all'Albo Professionale _____ _____dell'Ordine dei Tecnici Sanitari Di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione della Provincia di Lecce dal _____/_____/_____ al numero _____
- di essere in possesso della seguente qualifica professionale/titolo di _____ _____ conseguito il _____/_____/_____ presso _____ _____

Luogo e data _____, _____ /_____ /_____

Il Dichiarante

_____