Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a _____ (_____) il _____
(luogo) (Prov.)

residente _____ (_____) in Via _____
(luogo) (Prov.) (indirizzo)

ai sensi della Legge 4 gennaio 1968 n. 15, del DPR n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Vicenza:

- Albo Medici Chirurghi dal _____ al n. _____

- Albo Odontoiatri dal _____ al n. _____

Data _____

Firma _____