



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA**



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione, ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

DICHIARAZIONE CONSEGUIMENTO TITOLI (SPECIALIZZAZIONI, MASTER)

Al Sig. PRESIDENTE dell'Ordine
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di GORIZIA

DATI DEL MEDICO E/O ODONTOIATRA ISCRITTO OMCEO GORIZIA	
NOME	
COGNOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	_____ / _____ / _____
MAIL	
CELLULARE	
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA/PIAZZA, COMUNE)	
ISCRITTO OMCEO GO	<input type="checkbox"/> ALBO MEDICI N° _____ <input type="checkbox"/> ALBO ODONTOIATRI N° _____

DICHIARO

❖ DI AVER CONSEGUITO LA **SPECIALIZZAZIONE** IN

PRESSO L'UNIVERSITA'

IN DATA



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA**



❖ DI AVER CONSEGUITO IL **MASTER** IN

- I LIVELLO
- II LIVELLO

PRESSO L'UNIVERSITA'/ENTE

IN DATA

EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI:

Data _____ Firma _____