



**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, DOTTORATI)

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'

DATA



❖ DI AVER CONSEGUITO IL **MASTER** IN

- I LIVELLO
- II LIVELLO

PRESSO L'UNIVERSITA'/ENTE

DATA

❖ DI AVER CONSEGUITO IL **DOTTORATO** IN

PRESSO L'UNIVERSITA'/ENTE

DATA

Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 d.p.r. 445/2000)

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016

Trasmettere via mail a info@ordinemedici-go.it o via PEC all'indirizzo segreteria.go@pec.omceo.it

Data _____ Firma _____