

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell'Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Provincia _____ il _____ e residente a _____ CAP _____
in _____,
Codice Fiscale _____,

DICHIARA

di essere iscritto/a all'Ordine Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione della Provincia di Enna con sede in Via Cavalieri di Vittorio Veneto, 20 Enna

all'Albo Professionale dei _____ al N° _____

Il/la Sottoscritto/a è consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiero e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Luogo e Data

Firma del Dichiarante