

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / ATTO DI NOTORIETÀ

(Ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____ nato/a _____

Prov. di (____) il ____/____/____, residente a _____

Prov. di (____) in _____ n. _____ CAP _____
(Via/Viale/Vico/Piazza/Recinto/Contrada)

Tel. _____ e-mail _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, le dichiarazioni false o mendaci, la falsità negli atti, l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, con conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti,

DICHIARA

a titolo di dichiarazione sostitutiva (artt. 46/47 dpr 445/2000),

di essere iscritto/a al N° _____ **dell'Albo della Professione Sanitaria di Fisioterapisti della Regione**

Basilicata dal ____/____/____ e di non avere provvedimenti o procedimenti disciplinari in corso.

Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità adeguate, anche strumentali e automatizzate, ai sensi dell'art.13 D.lgs. 196/2003 e GDPR 2016/679.

In fede,

_____ lì ____/____/____
(Luogo) (Data)

Firma del dichiarante

(Firma leggibile)



*Dichiarazione non soggetta ad autentica, se presentata direttamente all'Ufficio richiedente della Pubblica Amministrazione o inviata per posta o per via telematica **unitamente alla fotocopia del documento di identità del dichiarante**, ai sensi dell'art. 2 commi 10 e 11 Legge 16/06/98 n. 191.*