



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art.46 T.U.- D.P.R. n° 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Via _____ n° _____

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76/75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D. lgs 196/2003

DICHIARA

di essere iscritto/a all'Ordine della professione sanitaria di Fisioterapista di Pavia dal _____, al numero _____ e di essere in regola con il pagamento della quota di iscrizione e di essere in possesso della seguente qualifica professionale/titolo: _____

Luogo e data

Il dichiarante
