

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
Art. 9 lett. E) DLCPS n° 233/46 così come modificato dalla Legge 362/91

SEDE ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Al Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Sondrio

Il/La sottoscritt ___ Dr./Dr.ssa _____

Nato/a a _____ il ___/___/___

Residente in _____ Via _____ n° ___,

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) _____

Ai sensi e per gli effetti del DPR 28 dicembre 2000, n° 445 e della Legge 15 maggio 1997 n° 127 e successive modifiche ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (articolo 76 T. U. - DPR 28 dicembre 2000 n° 445),

DICHIARA

1. Di esercitare prevalentemente l'attività professionale nei locali siti nel Comune di _____ quale medico:

- Libero professionista;
- Di Medicina Primaria;
- Pediatra di Libera scelta;
- Specialista convenzionato esterno,

OPPURE:

2. Di esercitare attività convenzionata per la:

- Medicina dei Servizi;
- Guardia Medica;
- Specialistica ambulatoriale, presso il presidio di _____

OPPURE:

3. Di essere Medico:

- Dipendente presso la seguente Amministrazione o Struttura _____
_____;
- Che opera presso Struttura privata (convenzionata e non) con rapporto di libera collaborazione coordinata e continuativa, Struttura denominata: _____,

Sondrio, il _____

Firma (leggibile) _____

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE
NB: ALLEGARE COPIA FOTOSTATICA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ**