

Spett.le Co.Ge.A.P.S Piazza Cola di Renzo 80/A 00192 Roma

TEL 06/36000893 FAX 06/36001796 email attestatiecm@cogeaps.it

Il/La Sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ codice fiscale _____ residente in via/P.zza _____, n. _____
Comune di _____ tel _____
cell _____ mail _____ iscritto all'Albo Medici
Chirurghi n° _____ dal _____ /Odontoiatri n° _____ dal _____ della Provincia di
Firenze
Libero professionista Specialista in _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art.76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

autodichiaro

di aver effettuato la seguente attività di autoapprendimento

• **Riviste scientifiche (indicare bibliografia)** _____

• **Capitoli di libri (indicare bibliografia)** _____

• **Monografie (indicare bibliografia)** _____

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

di essere a conoscenza delle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003

Data _____ Il dichiarante _____

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

Allegare copia di valido documento di identità personale