

## AUTOCERTIFICAZIONE TITOLI

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (ART.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa

Codice fiscale

Email  cellulare

PEC

iscritto/a all'Albo:  Medici Chirurghi n.   Odontoiatri n.

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

#### DICHIARA DI AVER CONSEGUITO I SEGUENTI TITOLI:

Diploma di formazione specifica in Medicina Generale

Regione  data

MASTER

DOTTORATO

Università  data

Voto   Lode

MASTER

DOTTORATO

Università  data

Voto   Lode

MASTER

DOTTORATO

Università  data

Voto   Lode

DATA .....

FIRMA.....

ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Inviare tramite PEC a: [segreteria.pi@pec.omceo.it](mailto:segreteria.pi@pec.omceo.it)