

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE**

(Artt. 46 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia
di Sassari
Via Cavour 71/b – 07100 Sassari
ordine@omceoss.org
ordine.ss@pec.omceo.it

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in _____

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, art. 46 consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

DICHIARA

di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in _____

in data _____ presso l'Università degli Studi di _____

riportando la votazione di _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 del D.P.R. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Il/La sottoscritto/a _____,
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa. [**Informativa Privacy GDPR 2016/679, PdfA**](#)

Luogo e data _____

Firma _____

N.B. Alla dichiarazione presentata, da persona diversa dal richiedente o tramite posta, fax e posta elettronica deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.