

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DIPLOMA DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

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

All'Ordine Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri della provincia di Sassari
Via Cavour 71/b
07100 Sassari
Email ordine@omceoss.org
PEC: 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 avere conseguito l'Attestato/Diploma di Formazione specifica in Medicina Generale ai sensi del

D.M. 10.10.1988

D. Lgs. 256/1991

D. Lgs. 368/1999

in data _____ rilasciato dal _____

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