

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 47 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](mailto:ordine@omceoss.org)  
[ordine.ss@pec.omceo.it](mailto:ordine.ss@pec.omceo.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 47 e 76, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

## DICHIARA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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***

Sassari, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**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.**