

**Ill.mo Sig. Presidente  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della provincia di PESCARA**

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_,  
(scrivere stampatello)

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

cittadinanza \_\_\_\_\_, residente / domiciliato a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_,

e-mail \_\_\_\_\_ tel./cell \_\_\_\_\_,

**visti gli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.,**

**consapevole delle sanzioni civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false,**

**dichiara sotto la propria responsabilità:**

- di aver conseguito in data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- presso \_\_\_\_\_

- con voto \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a **autorizza** l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara all'utilizzo dei dati su riportati per comunicazioni ed adempimenti esclusivamente istituzionali

Data \_\_\_\_\_

**Firma \*** \_\_\_\_\_

**-\*Allegato documento di identità in corso di validità.**