



DOMANDA INSERIMENTO ALBO TITOLI STUDIO/ACCADEMICI

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI CALTANISSETTA

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Medico Chirurgo

oppure

Odontoiatra

n. posizione

DICHIARO DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI DI STUDIO/ACCADEMICI

Specializzazione

1°

in

Università degli Studi di

giorno / mese / anno con voto , su lode

anno accademico di immatricolazione /

2°

in

Università degli Studi di

giorno / mese / anno con voto , su lode

anno accademico di immatricolazione /

Dottorato di Ricerca

in

Università degli Studi di

giorno / mese / anno con voto , su

Master

1°

2°

in

Università degli Studi di

giorno / mese / anno con voto , su

**Diploma di formazione
specifica in medicina
generale conseguito**

giorno / mese / anno regione

Io sottoscritto/a, (barrare la casella corrispondente)

consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 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 DPR 445/2000), dichiaro che tutte le informazioni riportate su questo modulo corrispondono al vero.

oppure

allego alla presente copia/e de/il titolo/i sopra specificato/i e, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 e 76 del D.P.R. n.445/2000, dichiaro che la/e stessa/e è/sono autentica/che e conformi all'originale.

Allego fotocopia di documento valido di riconoscimento.

data

firma