

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il,/la sottoscritto/a .....  
(cognome) (nome)

nato/a..... (.....) il.....  
(luogo) (prov.)

residente a.....(.....).....Via.....n.....  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice fiscale .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

**Di essere iscritto/a al Ordine della Professione di Ostetrica  
Interprovinciale di Rimini e Forlì/Cesena**

N. Iscrizione Albo ..... dal .....  
(data)

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo, data .....

Il Dichiarante

.....

Allegato: **Copia di documento d'identità**

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.**