

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
(Art. 4 Legge 4 gennaio 1968 n. 15; art. 2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat. \_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ **consapevole delle**  
**responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni**  
**(art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), dichiara sotto la propria personale responsabilità che**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data  
.....

Il/La dichiarante  
.....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL  
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON  
VERITIERA**

---

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI SAVONA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi  
della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. \_\_\_\_\_  
identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua  
presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione

.....