



+++++  
**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 FOGGIA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi  
del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 che il Dott.

\_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua  
presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione

.....