

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalle normative vigenti per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28.12.2000),

**dichiara**

- di aver conseguito la Specializzazione in: \_\_\_\_\_

con indirizzo \_\_\_\_\_

- presso l'Università degli Studi di: \_\_\_\_\_

- in data \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_

Foggia, \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

.....

(firma per esteso e leggibile)

Spazio Riservato

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, attesta, ai sensi del D.P.R.  
n. 445 del 28.12.2000 che il Dott. \_\_\_\_\_  
identificato a mezzo di \_\_\_\_\_  
ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

Foggia, \_\_\_\_\_

➤ Allegare fotocopia del documento di riconoscimento