

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

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, iscritto/a \_\_\_  
all'Albo \_\_\_\_\_ con numero d'ordine  
\_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false  
attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), sotto la propria personale  
responsabilità

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 1, comma 4° della legge 175/92, di aver esercitato / di esercitare la disciplina  
specialistica in .....  
dal ..... al ..... per complessive ore settimanali .....  
presso.....  
.....

(indicare la struttura sanitaria o l'istituzione privata di cui all'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833)

Data .....

IL DICHIARANTE

.....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO  
SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

---

**ORDINE PROVINCIALE DEI  
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
di Isernia**

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  
l'istanza.

DATA .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....