

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

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

**DICHIARA**

che il proprio nominativo è il seguente: \_\_\_\_\_  
dichiara, altresì, che il dott. \_\_\_\_\_ e  
il \_\_\_\_\_ sono la stessa  
persona.

Data

.....

IL 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 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 la  
dichiarazione di cui sopra.

DATA .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione

.....