

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

**Art. 9 lett. e) DLCPS n. 233/46 così come modificato dalla legge 362/91**

**SEDE ATTIVITA' PROFESSIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR.28 dicembre 2000 n.445, il/la sottoscritto/a consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U. – DPR.28 dicembre 2000 n.445),

**DICHIARA**

di eleggere il proprio domicilio professionale in Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

*Si rende la presente dichiarazione al fine di:*

ottenere l'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese

**Albo Medici Chirurghi**

**Albo Odontoiatri**

Luogo e data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

ALL.: Documento di identità in corso di validità