****

**Dichiarazione Sostitutiva della**

**CERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI REQUISITI AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

**DICHIARA**

* Di aver conseguito il Dipoma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;
* Di essere iscritto/a all’Albo dei Medici Chirurghi di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. Iscriz. Ordine \_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere socio/a S.I.U.M.B., come da allegata Tessera S.I.U.M.B. o quietanza di versamento Quota di Iscrizione associativa alla Scuola Nazionale S.I.U.M.B.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

*Si allegano:*

* *Copia fotostatica Documento di Identità in corso di validità;*
* *Copia Tessera S.I.U.M.B. o quientanza di versamento Quota Iscrizione Scuola Nazionale S.I.U.M.B.*