

DOMANDA E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
PER L'OTTENIMENTO DELL'ATTESTATO DI RICONOSCIMENTO
PER SALA D'ATTESA DI STUDIO ODONTOIATRICO

Ill.mo Sig. Presidente della Commissione Odontoiatri presso l'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bari,

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a

a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____

iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri presso codesto Ordine,

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, RILASCI LA SEGUENTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA':

di esercitare la propria attività professionale di odontoiatra nello studio di cui è **personalmente titolare**,

sito in _____ via _____ n. _____

Ovvero

di esercitare la propria attività professionale di odontoiatra, nello studio di cui è **titolare il**

dott. _____ sito in _____

via _____ n. _____

Ovvero

di esercitare la propria attività professionale di odontoiatra **utilizzando la seguente sede:**

denominazione _____ sito in _____

via _____ n. _____

e pertanto

CHIEDE

che la Commissione Odontoiatri gli rilasci l'attestato di riconoscimento per l'utenza da esporre nel predetto studio. A tale proposito

s'impegna a ritirarlo personalmente presso l'Ordine.

delega al ritiro dell'Attestato di Riconoscimento il Sig. _____,

nato a _____ il _____, che presenterà proprio valido documento di riconoscimento.

Data _____

Dott. _____

NON COMPILARE – ZONA RISERVATA AL PERSONALE DELL'ORDINE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI - CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BARI

Il sottoscritto incaricato _____

ATTESTA

ai sensi delle leggi vigenti, che il dott. _____ identificato a

mezzo di _____ rilasciata in data _____

da _____

ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

Data _____

Timbro dell'Ordine e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione