

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

**CONTRASSEGNO**

Il/la sottoscritt. Dott. \_\_\_\_\_

Nat.il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Iscritt. \_\_\_\_\_

All'albo  Medici Chirurghi con n. d'Ordine \_\_\_\_\_

All'albo  Odontoiatri con n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 legge 4 gennaio 1968, n. 15) sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Che il contrassegno \_\_\_\_\_ rilasciato da codesto Ordine si è irrimediabilmente deteriorato e ne chiede la sostituzione con altro nuovo che riporti l'indicazione nelle seguenti targhe:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità indicate a che i propri dati personali possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti per gli adempimenti connessi all'incarico conferito. L'informativa sulla privacy è disponibile al link [http://www.ordinedeimedicims.org/public/informativa\\_privacy.pdf](http://www.ordinedeimedicims.org/public/informativa_privacy.pdf)

DATA

\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_