



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA**

ENTE DI DIRITTO PUBBLICO (D.L. 13-09-1946 N. 233) - Cod. Fiscale: 80101410613

**Al Sig. Presidente dell'Ordine Provinciale dei  
Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri  
di Caserta  
SEDE**

**OGGETTO:** Comunicazioni relative la gestione degli Albi, fornite in autocertificazione.

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

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. ( ) il \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Albo della Provincia di Caserta (*barrare la voce di interesse*):

dei Medici-Chirurghi con numero: \_\_\_\_\_

degli Odontoiatri con numero: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Pec: \_\_\_\_\_

*Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite della legge n. 445/2000, per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, dichiara sotto la propria responsabilità:*

- di aver conseguito il titolo:  Specializzazione  Master  Dottorato  altro: \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

presso l'Università: \_\_\_\_\_

in data: \_\_\_\_\_ con voto: \_\_\_\_/\_\_\_\_

- di essere attualmente residente in: \_\_\_\_\_

- di essere attualmente domiciliato/a in: \_\_\_\_\_

- altro: \_\_\_\_\_

**Avvertenza:**

*Nel caso di invio telematico a mezzo PEC è necessario allegare allo stesso copia di un documento di riconoscimento in corso di validità. Il dichiarante decade dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Si dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/79*

Caserta lì, \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

Spazio riservato agli uffici

Caserta lì, \_\_\_\_\_

Timbro e firma del funzionario  
che riceve la dichiarazione