



**Ordine dei
Tecnici sanitari
di radiologia medica
e delle professioni
sanitarie tecniche,
della riabilitazione
e della prevenzione
della provincia di Mantova**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 80029070200

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28\12\2000)

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Via _____ n. _____

Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445\2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76\75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003

DICHIARA

Di essere iscritto/a nell'Albo _____

Dal _____ al numero _____ e di essere in regola con il pagamento della quota di iscrizione all'Ordine

Di essere in possesso della seguente qualifica professionale/titolo

di _____

Luogo e data _____

Il Dichiarante