

**ISTANZA DI CONFERMA DI DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
RESE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 445/2000 E S.M.I**

**ALL'ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI COSENZA**

DATI DELL'AMMINISTRAZIONE PUBBLICA RICHIEDENTE:

Denominazione: _____

Personale di riferimento: _____

Indirizzo mail: _____

Recapito telefonico: _____ Fax n.: _____

a completamento della seguente procedura amministrativa:

CHIEDE

la conferma delle sotto riportate dichiarazioni rilasciate dal/dalla

Dr/Dr.ssa _____

nato/a a _____ provincia di _____ il _____

residente a _____ provincia di _____ in via/piazza

_____ CAP _____ tel. _____

fax _____ e-mail _____,

iscritto/a all'Albo dei Medici-Chirurghi/Odontoiatri del Vs. Ordine:

Dichiarazioni rilasciate:

Inoltre, si dichiara che i dati personali forniti con la presente richiesta saranno trattati, nel rispetto della legge 675/96, per gli adempimenti connessi alla esclusivamente alla suddetta procedura.

Data, _____

Timbro e Firma