

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO GENERICA

(Art. 47 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)

I sottoscritt_ Sig._ / Dott._ _____
(COGNOME NOME)

nat_ a _____ il _____

residente in _____ (PROV. _____) C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

(*) Iscritto/a all'ALBO **MEDICI-CHIRURGHI** - Pos. n. _____ **ODONTOIATRI** - Pos. n. _____

(*) RISERVATO SOLO AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 - GDPR sul **TRATTAMENTO DEI DATI**, visionabile anche al seguente Link: [https://www1.ordinemediciroma.it/images/Modulistica/Protezione dei Dati/Privacy Policy OMCEO febbraio 2021.pdf](https://www1.ordinemediciroma.it/images/Modulistica/Protezione%20dei%20Dati/Privacy%20Policy%20OMCEO%20febbraio%202021.pdf)

Data _____

Firma _____

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO
La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:
Sig./Sig.^{ra} _____ RICEVUTA N.° _____ del _____
(Timbro e firma del funzionario)

