

***** **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO** *****

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

VARIAZIONE DI NOME O DI COGNOME

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via _____
C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____
e-mail _____ PEC _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ 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:

il proprio nominativo è il seguente: _____

dichiara altresì, che:

il/la Dott. _____
(NOME ATTUALE)

e

il/la Dott. _____
(NOME PRECEDENTE)

sono la stessa persona.

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

INVIO x PEC/Posta/e-mail/Fax/ecc ... Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità -ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000.
(Se non inviato a mezzo PEC)

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} _____
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N. ° _____ del _____