

AUTODICHIARAZIONE

Ai sensi dell'Art. 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
nato/a _____ il _____
prov. _____ residente in _____ prov. _____
C.A.P. _____ Via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____ e – mail _____
Iscritto nell'Ordine della provincia di _____

Albo **Medici Chirurghi** Pos. n. _____ Albo **Odontoiatri** Pos. n. _____

DICHIARA, AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000, CHE:

- il proprio STUDIO PROFESSIONALE è sito in _____ Via _____
_____ n. _____ C.A.P. _____ Tel. _____
_____ Azienda A.S.L. _____
- il testo richiesto è conforme alle **linee guida in tema di pubblicità/informativa sanitaria** di cui alla Del. del Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici – Chirurghi e degli Odontoiatri n° 42 del 15.02.2011.

IL SOTTOSCRITTO E' 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. 445/2000.

Data, _____

Firma _____