DAFORM

Dispositivo di Accreditamento delle Strutture Formative della Regione Marche

ALLEGATO 5

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTI DI NOTORIETA'
(art. 47, DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto

*(cognome e nome)*_____

*(data e luogo di nascita)*_____

*(residenza anagrafica)*_____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci:

- di essere stato designato dall'ente ……..in qualità di Responsabile di progetto per la figura professionale di "Assistente di studio Odontoiatrico"*;*
- di essere iscritto all'Albo degli Odontoiatri dal ……..e di non essere stato destinatario di alcun procedimento disciplinare.

Luogo e data _____

Firma _____

Allegare documento di identità in corso di validità