

Luogo e data

Spett.le

**Ordine dei Medici Veterinari della
Provincia di Arezzo**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa:

codice fiscale:

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle responsabilità penali, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- ☒ di essere nato/a a: prov./stato: il:
- ☒ di essere residente a (località): prov.: cap:
via: n°
- ☒ di essere cittadino/a (indicare la nazionalità):

firma

.....