

Luogo e data .....

Spett.le

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

## **Dichiarazione sostitutiva al certificato di abilitazione professionale**

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

nato/a a: ..... prov./stato: ..... il: .....

codice fiscale: ..... iscrizione all'Albo n.ro: .....

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 aver conseguito l'abilitazione professionale presso la Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università  
degli studi di .....

in data ....., sessione/anno .....

firma

.....