DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 4 Legge 4 gennaio 1968, n. 15; art.2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)

CONTRASSEGNO

La/il sottoscritta/o Dott. _____

Nata/o il _____ a _____

Residente in _____ Via _____ n. ____

Iscritta/o _____

All'albo □ Medici Chirurghi con n. d'Ordine _____

All'albo □ Odontoiatri con n. _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 legge 4 gennaio 1968, n. 15) sotto la propria responsabilità

RICHIEDE

Il rilascio di n. contrassegno auto che verranno esposti sulle seguenti targhe:

1)_____ 2)_____ 3) _____

Il sottoscritto prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità indicate a che i propri dati personali possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti per gli adempimenti connessi all'incarico conferito. L'informativa sulla privacy è disponibile al link http://www.ordinedeimedicims.org/public/informativa_privacy.pdf

DATA

_____ IL DICHIARANTE

_____