

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Spett.le

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

di essere iscritto all'Ordine Interprovinciale della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Milano, Como, Cremona, Lecco, Lodi, Monza Brianza, Sondrio e Varese al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ .

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

- in allegato copia fotostatica del documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_