

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(da restituire all'Ordine debitamente compilata)

Cognome e Nome _____
Indirizzo dello studio _____
Città _____
Telefono _____
Fax _____
Cellulare _____
e-mail _____

Anno di inizio _____ dell'attività come medico di medicina generale
convenzionato con il SSN presso l'ASL di Salerno Distretto sanitario
n. _____ pazienti in carico n. _____

dichiara

di possedere i requisiti dall'art.27 del D.Lgs 17/08/1999 n.368.

Autorizza al trattamento dei dati personali nel rispetto della Legge
n.675/1996.

Allega fotocopia del documento d'identità.

Data _____ Firma _____