

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DI SIENA**

Il sottoscritto Dott.....
nato a il
residente a Via
cap.;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000:

di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in
presso l'Università di il
con voto

di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in
presso l'Università di il
con voto

di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in
presso l'Università di il
con voto

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Siena,

Firma

N. B. : Allegare fotocopia documento identità.