

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**DI ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art.46 DPR n° 445/00)

**IL SOTTOSCRITTO**

Cognome.....(indicare il cognome da nubile) Nome.....

Codice Fiscale..... Nato a.....Prov.....

Il.....Sesso.....Attualmente residente.....Prov.....

Indirizzo.....N°.....C.A.P.....N°Tel.....

Consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi di codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

di aver sostenuto con esito positivo l'esame di stato di abilitazione all'esercizio della professione di Odontoiatra nella SECONDA SESSIONE relativa all'anno 2021 ottenendo la votazione di \_\_\_\_/10.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.L. vo 196/03 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data.....

Il dichiarante

.....