

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DI ATTO NOTORIO**

La/Il sottoscritta/o _____

C.F. _____ nata/o a _____

e residente in _____

tel. _____ E-mail _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

dichiara

di essere in possesso dei requisiti richiesti, ovvero:

- ✓ *Laurea di Ostetrica/o*
- ✓ *Master in Ostetricia Legale e Forense*
- ✓ *Perfezionamento nelle Valutazioni cliniche forensi*
- ✓ *7 anni di esperienza clinica nei vari settori della professione oltre aver frequentato corsi scientificamente accreditati*

Allega:

copia fronte/retro del documento d'identità

Data _____

Firma _____