Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art.2legge 4 gennaio 1968, n.15 come modificato dall'art.3, comma 10,
Legge 15.05.1997, n.127 dal D.P.R. 20.10.1998, n.403 e succ.modifiche e integrazioni)

Il/la Sottoscritto/a _____*Gianluca Mauro*_____

codice fiscale:____MRAGLC85R03G942T_____

nato/a a _____POTENZA_____ (PZ_) il_03_/_10_/1985,

residente a __ROMA_____ (_RM__) in_Via__ __Eleonora d'Arborea_____ n° __26

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 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di essere iscritto all'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri (OMCeO) della provincia di Potenza dal 6/9/2012 con Numero di Iscrizione 3356
- di essere titolare delle polizze Assicurative:
  - Responsabilità Civile Professionale del Medico AMtrust Medico Protetto n.RCM00010052850 con scadenza 31/7/2027
  - Tutela legale Zurich A07 n.polizza 29C8913 con scadenza 1/8/2027
  - Infortuni Sara A38 n.polizza 343198M con scadenza 1/8/2027

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

___Paliano(FR)__,li__9/11/2026__

Firma del dichiarante