

# ALLEGATO VII

## COMUNICAZIONE SPECIALIZZAZIONE

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Numero iscrizione albo \_\_\_\_\_

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità penali, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA:

di aver conseguito il Diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ ; con voto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si allega copia di documento di identità.