

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI PENSIONAMENTO

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

da inviare al segreteria dell'Ordine

COGNOME

NOME

DATA NASCITA

IN PENSIONE DAL

ISTITUTO

PENSIONE DI:

VECCHIAIA

INVALIDITA' 100%

ANZIANITA'

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle conseguenze cui incorre in caso di dichiarazioni false e mendaci e di uso di atti falsi (art. 11- 26 D.P.R. 403/98- art. 476- 489 del c.p.).

DATA _____

FIRMA _____