

ALLEGATO 1

MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI ILLECITI
PRIMA BUSTA CHIUSA – DATI IDENTIFICATIVI DEL SEGNALANTE

II/La sottoscritto/a

Cognome			
Nome			
Nato/a a	il	CF	
Residente a	via		
Recapito telefonico	E-mail		
nella qualità di <i>(indicare la qualifica professionale/rapporto con l'Ordine)</i>			

(luogo e data) _____

(Firma)

Si allega copia di un documento di riconoscimento del segnalante.

Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

