



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TRIESTE**

**Allegato obbligatorio – Dichiarazione sostitutiva di certificazione di iscrizione  
all’Ordine professionale**

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.00 n. 445 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato e della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace secondo gli artt. 75 e 76 del succitato D.P.R.

di essere iscritto all’Ordine professionale degli assistenti sociali di \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ n° iscrizione \_\_\_\_\_;

Trieste, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma autografa del dichiarante)

Data ultimo aggiornamento: 09/01/2024