

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

resa in conformità degli artt. 46 - 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____
il _____ Codice Fiscale _____
mobile _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, formalmente

DICHIARA

- a) di essere nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___;
- b) di essere residente in _____ Prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____;
- c) di essere domiciliato in _____ Prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____;
- d) di eleggere il proprio "domicilio informatico" con la PEC (Posta Elettronica Certificata) per richieste da e per la Pubblica Amministrazione _____
- e) di essere – di non essere (1) in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'UE;
- f) di godere – di non godere (1) dei diritti civili e politici;
- g) di aver – di non aver (1) riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- h) di essere – di non essere (1) a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- i) di essere laureato/a in _____ in data ___/___/___
con voto _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- j) di essersi abilitato nella sessione ___ anno _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- k) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____
dal ___/___/___ al numero _____ Cod. ENPAM _____;
- l) di essere – non essere (1) in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data ___/___/___ nella Regione _____;
- m) di essere – non essere (1) iscritto al Corso Formazione Specifica in Medicina Generale triennio ___/___
con inizio di frequenza dal ___/___/___ nella Regione _____;
- n) di essere – non essere (1) in possesso della Specializzazione in _____ conseguita
in data ___/___/___ con voto _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- o) di essere – non essere (1) iscritto alla Scuola di Specializzazione in _____ con inizio
frequenza dal ___/___/___ presso l'Università degli Studi di _____;
- p) di essere – non essere (1) titolare a tempo indeterminato per il servizio di Continuità Assistenziale presso
l'ASP TRAPANI dal ___/___/___;
- q) di svolgere – non svolgere (1) attività libero professionale ed esercitata al di fuori degli orari di servizio,
purché essa non rechi pregiudizio alcuno al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali, ex art.
66 ACN vigente;
- r) di essere – non essere (1) in possesso dell'attestato di partecipazione a corso BLS-D conseguita in data
___/___/___ presso _____.

Dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare qualsiasi variazione interveniva in merito a quanto sopra dichiarato.

_____ lì _____
(1) cancellare la parte che non interessa

Firma _____