

DICHIARAZIONE
medici inseriti nella Graduatoria aziendale per gli incarichi provvisori e di sostituzioni vigente
per la CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____
il _____ 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

di non essere iscritto al Corso Formazione Specifica in Medicina Generale;

di essere / non essere (1) iscritto alla Scuola di Specializzazione in _____ dal _____
presso l'Università degli Studi di _____ e che eventuale attività convenzionale nel servizio di Continuità
Assistenziale verrà svolta esclusivamente negli orari notturni e festivi;

di avere / non avere (1) svolto attività per la Continuità Assistenziale nell'ambito della Regione Siciliana nell'anno in
corso:

- dal _____ al _____ presso l'ASP _____.
- dal _____ al _____ presso l'ASP _____.
- dal _____ al _____ presso l'ASP _____.

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 intervenga in merito a quanto sopra dichiarato.

_____ li _____ Firma (*) _____

(1) cancellare la parte che non interessa

(*) **Art. 38, terzo comma, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445:** Le istanze e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.