

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il ____/____/_____, consapevole di quanto
stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in merito **alla responsabilità penale cui
può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici
eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non
veritiere**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la personale
responsabilità

DICHIARA

- Di essere in possesso dei titoli di preferenza di _____;
- Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso
_____ di _____ in data _____;
- Di essere in possesso di Diploma di Specializzazione in:

conseguito presso _____ di _____
in data _____, durata legale del corso anni _____ iniziato il _____;
- Di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medico-chirurgica,
conseguita in data ____/____/_____ presso _____
di _____;
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____ con decorrenza
dal _____;
- Di essere dipendente, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed a tempo _____,
con profilo professionale di _____ disciplina di _____
presso _____ di _____ con sede legale in via
_____, cap _____ tel. _____;
- Di aver superato il periodo di prova in data _____ presso _____
di _____ con sede legale in via _____, cap _____
tel. _____;
- Altri titoli:

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 13 del G.D.P.R. n. 679/2016, si autorizza al trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto
_____ per le finalità di gestione della selezione ed al trattamento presso
archivi informatici e/o cartacei anche successivamente all'instaurazione dell'incarico per le finalità inerenti alla
gestione del rapporto medesimo.

Data _____

Firma _____

N.B. Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento.