

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/La sottoscritt _____
nat _ a _____ il ____/____/____
consapevole di quanto stabilito dagli artt. 76 e 75 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 del 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 GDPR n. 679/2016, si autorizza al trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto _____ per le finalità di gestione della selezione e 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.