

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 46 d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i)

\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_ dott./ssa \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Codice Enpam \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.

**DICHIARA**

- Di essersi laureat\_\_ in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- Di essersi abilitato all'esercizio della professione il \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della prov. di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- Di essersi specializzat\_\_ in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- Di avere /non avere prestato servizio presso i PPI-P dell'ASP Palermo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Di avere/non avere prestato servizio presso il PPI-P dell'ARNAS Civico-G. Di Cristina dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Di essere/non essere convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale per la Pediatria di libera scelta, nell'ambito territoriale di \_\_\_\_\_ codice regionale n. \_\_\_\_\_
- Di essere/non essere inserito nella graduatoria regionale vigente al n. \_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo 30.06.03 n. 196 (codice privacy), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega fotocopia di un documento di identità firmato, in corso di validità.

Luogo, data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi