

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