DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a …….. nato/a il ……
a …… residente in ……
Via …… n. ……
C.A.P. …….. telefono ……
codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| 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. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli:
Diploma di Laurea in ……
Conseguito presso …… il ……
Specializzazione/i in ……
Conseguita/e presso …… il ……
Specializzazione/i in ……
Conseguita/e presso …… il ……
di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di ……
al n. …… dal……..;
di accettare l'incarico presso …… in qualità di …… dal ……..
e nello svolgere l'incarico, non incorre nelle cause di incompatibilità previste dalle vigenti normative.
Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 30/06/2003, n. 196.

Lì, ……

(Firma) ……

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, anche per fax e via telematica, secondo le modalità indicate nell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.