

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ATTO NOTORIO
(ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a _____ (nome) _____

Nato/a il ___ / ___ / _____ a _____ (prov) _____

C.F.: _____

Residente alla _____, n° _____

Comune _____ (prov. _____) cap _____

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445,

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, quanto segue:

- di essere cittadino italiano;
 di essere cittadino di altro paese appartenente alla U.E. _____;

di possedere il diploma di laurea (DL)/ laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in:

- medicina e chirurgia;
 odontoiatria e protesi dentaria;
 medicina veterinaria;
 biologia;
 chimica;
 psicologia;
conseguita in data ___ / ___ / _____ con voto ___ / ___: senza lode; con lode .

di essere abilitato all'esercizio della professione di _____

Nella sessione: _____ presso l'Università di: _____

di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli _____ presso l'ordine provinciale/regionale di _____ dal ___ / ___ / _____

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

_____ Conseguita in data ___ / ___ / _____ con voto ___ / ___ senza lode; con lode

_____ Conseguita in data ___ / ___ / _____ con voto ___ / ___ senza lode; con lode

_____ Conseguita in data ___ / ___ / _____ con voto ___ / ___ senza lode; con lode

di essere in possesso del titolo di:

Psicoterapia ex art. 35 legge 56/89 autorizzazione dell'Ordine degli psicologi della Regione:

_____ il ____ / ____ / _____

Psicoterapia ex art. 3 legge 56/89 conseguita il ____ / ____ / _____ con voto ____ / ____

senza lode con lode, presso l'Istituto riconosciuto: _____

di _____ (prov. _____)

Via _____ n° _____ tel.: _____

di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del Fondo Previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale;

di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario, professionista sanitario.

Si autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 e s.m.i. il trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 e s.m.i. si allega copia fotostatica del documento d'identità

Data ____ / ____ / _____

firma per esteso _____

DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI OPZIONE "B"

Modulo per l'attestazione di pagamento di bollo dovuta per la presentazione di istanze alla pubblica amministrazione

Il sottoscritto:

Cognome _____ nome _____

Nato a _____ prov. _____ il ____ / ____ / _____

Residente in _____ prov. _____ cap _____

Via _____ n° _____

consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale – art. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n°445

Trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445 quanto segue:

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per le istanze di inserimento nelle graduatorie Regionali o Aziendali per la medicina Convenzionata:
n° identificativo della marca da bollo: _____ del ____ / ____ / _____;
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

_____ / ____ / _____

firma autografa leggibile
