

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
 Ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a.....
 Nato/a(Prov.....) il...../...../..... M F
 Codice Fiscale
 Residenza.....(Prov.....)
 Indirizzo.....n.....Cap.....

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.:

- di essere o non essere cittadino italiano;
- di essere abilitato all'esercizio della professione.....
 (medico chirurgo – odontoiatra – medico veterinario – biologo chimico - psicologo) in
 data/...../.....presso l'Universitàdi.....
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli.....
 (medici chirurghi – odontoiatri – veterinari – biologi - psicologi) presso l'Ordine
 provinciale/regionale di.....dalla data...../...../.....
- di essere in possesso della seguente specializzazione inconseguita
 il...../...../.....presso l'Universitàdi.....

DICHIARA INOLTRE

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di 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 o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali.

Data...../...../.....

Firma del Medico per esteso