

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 Dott....., nato/a a
(prov.....) il..... M_____ F_____ Codice Fiscale.....
Comune di 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 e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

☐ di essere cittadino italiano;
☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE
(specificare).....
☐ di possedere ☐ il diploma di laurea ovvero ☐ la laurea specialistica della classe corrispondente in (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria)
conseguita presso l'Università diin data/...../.....;

con voto/110 ☐ senza lode ☐ con lode,
con voto/100 ☐ senza lode ☐ con lode;

- di essere abilitato all'esercizio della professione di(medico chirurgo o odontoiatria, o medico veterinario) nella sessione.....presso l'Università di.....

- di essere iscritto all'Albo professionale.....(dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari) presso l'Ordine provinciale/regionale di..... dal...../...../.....;

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in.....conseguita il/...../.....
presso l'Università dicon voto.....☐ senza lode ☐ con lode

in.....conseguita il/...../.....
presso l'Università dicon voto.....☐ senza lode ☐ con lode

in.....conseguita il/...../.....
presso l'Università dicon voto.....☐ senza lode ☐ con lode

in.....conseguita il/...../.....
presso l'Università dicon voto.....☐ senza lode ☐ con lode

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero 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 o veterinario;
- di aver svolto nell'ambito della:
- ☐ **Medicina Specialistica** Branca di:

☐ **Medicina Veterinaria:**

- ☐ Branca Sanità Animale (Area A)
- ☐ Branca Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (Area B)
- ☐ Branca Igiene degli allevamenti e delle riproduzioni zootecniche (Area C)

di aver svolto la seguente attività professionale come sostituto, incaricato provvisorio o a tempo determinato presso Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme del presente Accordo (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc.).

Non devono essere indicati gli incarichi di dipendenza o le sostituzioni di dipendenza, né le borse di studio, né le consulenze svolte come libera professione, ma solo le convenzioni ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente. Indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente).

N.B. Per l'attività svolta, indicare con precisione l'Amministrazione competente, indirizzo completo, recapito telefonico, pec o indirizzo e-mail, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità delle dichiarazioni prodotte (art. 43, comma 1 D.P.R n. 445 del 28.12.2000). Inserire unicamente l'attività relativa all'area o branca per la quale si presenta la domanda.

A.S.L. / Ente	Recapito telefonico / pec / indirizzo e-mail	Totale ore svolte *	Dal	Al

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 02 ottobre 2000)

(* Indicare solo il numero totale delle ore di servizio effettivamente svolte e non quello delle ore settimanali)

- di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o veterinaria, a tempo indeterminato. **(Solo per lo specialista o veterinario cessato dall'incarico convenzionale a tempo indeterminato che intenda iscriversi nuovamente nelle graduatorie). Indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente.**

Branca specialistica o veterinaria	A.S.L. / Ente	Recapito telefonico / pec / indirizzo e-mail	N° ore svolte *	Dal	Al

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 02 ottobre 2000)

(* Indicare solo il numero totale delle ore di servizio effettivamente svolte e non quello delle ore settimanali)

- di ☐ essere ☐ non essere disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzioni.

Si segnala che l'Azienda è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R 445/2000 e dell'art.15 della legge n. 183 del 12.11.2011, idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 ed a trasmettere le risultanze all'autorità competente, in base a quanto previsto dalla normativa in materia. Fermo quanto previsto dall'art.76 del citato D.P.R. 445/2000, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e del Regolamento Europeo 27 aprile 2016/679/UE (art. 13) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso.....