

TITOLI PROFESSIONALI – DIRETTORE SANITARIO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DEGLI ART.

46 E 47 DEL 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* ||*

Specializzazione/i in

Conseguita/e presso il

Specializzazione/i in

Conseguita/e presso il

di essere iscritto all'Ordine *

al n. * dal.....;

di accettare l'incarico presso.....

in qualità di dal

La presente dichiarazione è liberatoria per A.Li.Sa.

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dall'Informativa PRIVACY – ai sensi del Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione (vedasi informativa sul modulo “PRIVACY”)

Data,

Firma

.....

Ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via PEC, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta. 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.

***(dati personali obbligatori)**