DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il Il/la sottoscritto/a* ..... nato/a il*.....

a* ..... residente in* .....

Via* ..... n.*.....

C.A.P..... telefono ..... fax .....

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.

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")

Genova, ... IN FEDE

(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)**