

AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI TITOLI DI STUDIO PER PROFESSIONI SANITARIE

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
 Codice Fiscale _____ sesso M F Data di nascita _____
 Luogo di nascita: Provincia _____ Comune _____
 Residenza: Provincia _____ . Comune _____
 Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
 Telefono _____ Cellulare _____ Fax _____
 e-mail _____ PEC _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, *ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,*

DICHIARA

- di aver conseguito il Diploma di Laurea in _____
 in data _____ presso l'Università di _____
 di aver conseguito il Diploma Professionale di _____
 in data presso la scuola _____
 Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
 Provincia _____ Comune _____
 di essere iscritto all'albo professionale dei/degli _____
 di _____ al n. _____ dal _____
 di aver acquisito l'equipollenza o il riconoscimento del titolo rilasciato da paesi extracomunitari rilasciata dal Ministero
 in data _____ con provvedimento n. _____
 (se pertinente per le professioni sanitarie riabilitative) di aver acquisito l'equivalenza rilasciata dal Ministero in data
 _____ con provvedimento n. _____

ALLEGA

1. fotocopia fronte e retro del documento di identità in corso di validità (in carta semplice)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS Insubria;
 di essere informato che la Pubblica Amministrazione potrà eseguire i controlli previsti dalle leggi in materia di autocertificazione (art. 71 D.P.R. 445/2000).

Data

(firma del dichiarante)