

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI TITOLI PROFESSIONALI PERSONALE MEDICO**

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 Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_  
Presso l'Università di \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all' Ordine Professionale (se iscritti al doppio albo indicare entrambe le iscrizioni)  
Albo dei Medici Chirurghi di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_  
Albo degli Odontoiatri di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_
- di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_
- l'insussistenza di incompatibilità legislative con l'attività svolta e all'assunzione dell'incarico.

## 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) .....