

USO ATS-PV/DIPARTIMENTO PAAPSS

esente da autentica di firma ed esente da imposta di bollo

AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI TITOLI DI STUDIO

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome

Codice Fiscale Nato a il

Residente in Via/Piazza n.

Comune (.....)

Telefono Cellulare

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 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
 - Albo/Ordine 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 con l'assunzione dell'incarico.

ALLEGA

- x fotocopia fronte e retro del documento di identità in corso di validità

DICHIARA INOLTRE

- x di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs 196/2003 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS Pavia;
- x 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