

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a dott./dr.ssa \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
 ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni  
 legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

### DICHIARA

- a) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_;
- b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università  
 di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- c) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_;
- d) di essere stato iscritto al corso di formazione in medicina generale nel triennio
- e) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito il  
 \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data ..... Firma (2) (3) .....

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1 del D.P.R. n. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento