

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 aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____
 presso _____;

d) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____;

d) di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella regione Sicilia nel triennio
 _____ e di frequentare il

- primo anno
- secondo anno
- terzo anno

ovvero

f) di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale nella regione Siciliana, ai
 sensi di quanto previsto dall'art. 12 D.L. 35/19 (c.d. Decreto Calabria), convertito con L. 60/19 nel
 triennio _____;

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