

Il presente allegato è da utilizzare nel caso in cui non vengano prodotti documenti originali o autenticati ai sensi di legge, per quanto riguarda gli stati, fatti e qualità personali.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

AI SENSI DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi

DICHIARA

ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000

- a) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
- b) residente a _____ in via _____ n. _____
- c) domiciliato a _____ in via _____ n. _____
- d) tel. _____
- e) indirizzo e-mail _____
- f) di essere iscritto all' Albo dell'Ordine dei Medici di _____ al
n. _____
- g) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data
_____ con voto di laurea _____;
- h) di essere:
 - medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta oppure
 - medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria oppure
 - medico in possesso dei requisiti per l'iscrizione alla graduatoria regionale domiciliato nell'ASL CN2 o
ASL confinante;
- i) di avere lo studio a _____ in via _____ n. _____ (per i
medici a ciclo di scelta). Laddove il medico abbia più di uno studio indicare tutte le sedi.

- j) di operare nella sede di Continuità Assistenziale di _____ (per i medici ad attività oraria)
- k) anzianità di servizio in convenzione (sia per i medici a ciclo di scelta che ad attività oraria) _____
- l) età alla laurea in medicina e chirurgia _____
- m) di concorrere per la RSA (scrivere il nome della RSA o delle RSA per cui si concorre) _____

Allega copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma per esteso

N.B.: Al fine di accelerare il procedimento, gli interessati sono invitati ad allegare alle predette dichiarazioni una copia fotostatica, ancorché non autenticata, dei certificati oggetto delle dichiarazioni.