

Spett.le ATS Città Metropolitana di Milano
SC Igiene e Sanità Pubblica

Sede di

.....

Via

.....

Comune

.....

AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI TITOLI DI STUDIO PER PERSONALE MEDICO

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome
.....

Codice Fiscale Sesso ☐ M ☐ F Data di nascita

Luogo di nascita: Stato Provincia Comune
.....

Residenza: Provincia..... Comune

Via/Piazza n° C.A.P.

Domicilio: Provincia Comune

Via/Piazza n° C.A.P.....

Cittadinanza

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 Milano;
- 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)