

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(Art. 46 D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritt_____ Dott./Dottssa_____, nat_____ a
_____ (Prov.)_____ il_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di
atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR445/2000

DICHIARA

- Di essere residente a provincia in via
..... n.....
- di essersi laureat..... in data presso l'Università degli Studi
di
- di avere acquisito la specializzazione in datapresso l'Università
di
- di essere inserito nella graduatoria regionale definitiva dei PLS valida per
l'anno _____ al posto n° _____ con punti _____;(Barrare se
non inserito)
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di
_____ con N° _____ .

Dichiaro di essere informato /a, ai sensi e per gli effetti del D.lgs n.196/2003 (codice privacy) che i dati
personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del
procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Acclude: Copia fotostatica del documento d'identità;

_____, li _____

FIRMA
