

Aggiornamento amministrativo OMCeOGE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI CERTIFICAZIONE**
(art. 47 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE
DELL'ATTO DI NOTORIETA'**
(art. 46 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

I sottoscritt_ Cognome _____ Nome _____
 nat_ il ____/____/____ a _____ C.F. _____
 residente in _____ via _____
 civico _____ interno _____ aggiuntive _____
 cellulare ____/____ fax ____/____ telefono ____/____
 PEC _____ @ _____
 Mailbox _____ @ _____
 consapevole delle responsabilità delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445), dichiara sotto la propria personale responsabilità

■ di aver superato presso l'Università degli studi di _____ l'esame di Diploma di Specialità in _____ in data ____/____/____ con voti ____/____ e _____;

■ di aver conseguito il Master di II Livello SÌ NO se sì indicare quali:
 presso l'Università degli studi di _____ il Master di II Livello in _____ in data ____/____/____;
 presso l'Università degli studi di _____ il Master di II Livello in _____ in data ____/____/____;

■ di aver conseguito presso l'Università degli studi di _____ il Dottorato in _____ in data ____/____/____;

■ di aver conseguito l'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione _____ in data ____/____/____;

■ di prestare attività in qualità di:
 MMG presso la ASL _____ dal ____/____/____;
 PLS presso la ASL _____ dal ____/____/____;
 Specialista Ambulatoriale presso la ASL _____ dal ____/____/____;
 Ospedaliero presso _____ Qualifica _____ dal ____/____/____;
 Libero Professionista _____
 Altro _____ presso _____ dal ____/____/____
 _____, ____/____/____.

Luogo e data

Firma del dichiarante ⁽¹⁾

 (Non soggetta ad autenticazione)

⁽¹⁾ Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.