

**(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')**

Il sottoscritto
nato a il
residente in Via
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non
veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 e sotto la propria personale
responsabilità

DICHIARA, AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000,

i seguenti stati e fatti personali:

Titoli di studio per l'accesso al concorso

-
..... conseguito presso
..... voto in data

-
..... conseguito presso
..... voto in data

Altri titoli di studio (master, laurea specialistica, dottorato di ricerca, etc, etc.)

- conseguito presso
..... in data

- conseguito presso
..... in data

Iscrizione albo Collegio/Ordine Professionale dei
della Provincia di dal n. posizione

**Pubblicazioni /abstract / poster / altro (indicare se allegate in originale o in copia resa
conforme):**

Titolo:

Rivista scientifica / altro

N.B. Schema da riprodurre per ogni pubblicazione etc.

Attività presso strutture private

Attività svolta nel profilo professionale di.....
presso (esatta denominazione e indirizzo struttura).....
.....
dalal

Tempo indeterminato / tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)
Tempo pieno / tempo parziale: per n.ore settimanali / percentuale
(cancellare l'ipotesi che non interessa)
N.B. Schema da riprodurre per ogni esperienza

Attività di docenza:

Titolo del Corso

Ente Organizzatore

a.a. / a.s. oppure: data di svolgimento.....ore docenza n.

Materia di insegnamento:.....

N.B. Per ogni materia indicare il totale delle ore e/o degli aa.aa. o aa.ss.; schema da riprodurre per ciascuna docenza / materia.

Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, corsi di lingua ed informatica, etc.

Denominazione del corso:.....

Ente organizzatore e luogo svolgimento

Data/e di svolgimentonum. giorni..... oppure ore compless
Modalità svolgimento (indicare se uditore o relatore; se con esame finale o senza esame finale; se con ECM e quanti)

N.B. Schema da riprodurre per ogni partecipazione ad attività di aggiornamento etc.

Altro

.....
.....
.....
.....

Il/la sottoscritt_ dichiara altresì di autorizzare l'Azienda Sanitaria al trattamento dei propri dati personali, finalizzati all'espletamento della procedura in argomento, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento U.E. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/4/2016.
Le fotocopie (eventualmente) allegate sono conformi agli originali in mio possesso.

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

Luogo e data Firma