

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

Il sottoscritt_____ Dott./ssa_____, 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 data _____presso l'Università di _____;
- di essere inserito nella graduatoria regionale definitiva dei PLS valida per il 201_____ 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
