

**Allegato A1**

**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 veritiera, 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**