

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

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ Dott./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° \_\_\_\_\_
- di non ricoprire alcun incarico presso strutture ospedaliere
- di non trovarsi in stato di quiescenza.

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**

\_\_\_\_\_