Spett.le ATS Città Metropolitana di Milano

SC Igiene e Sanità Pubblica

Sede di ........................................................................

Via ............................................................................... Comune .....................................................................

# AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI TITOLI DI STUDIO PER PERSONALE MEDICO

Il/la sottoscritto/a Cognome .......................................................................... Nome .............................................................

Codice Fiscale ......................................................................Sesso M F Data di nascita .................................

Luogo di nascita: Stato .............................................. Provincia ........... Comune ..............................................................

Residenza: Provincia.................. Comune .........................................................................................................................

Via/Piazza ......................................................................................................... n° .............. C.A.P. .................

Domicilio: Provincia ...................... Comune ........................................................................................................................

Via/Piazza ........................................................................................................................ n° .................... C.A.P................

Cittadinanza ........................................................................................................................................................................ Telefono .............................................. Cellulare ............................................... Fax .........................................................

e-mail ................................................................................. PEC ..........................................................................................

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, *ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,*

## DICHIARA

* di aver conseguito Diploma di Laurea in ....................................................................................................................... in data ................................................ presso l’Università di ............................................................................................
* di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio professionale in data ........................................................ presso

l’Università di ..................................................................................................................................................................

* di essere iscritto all’ Ordine Professionale (se iscritti al doppio albo indicare entrambe le iscrizioni)

Albo dei Medici Chirurghi di.......................................... dal ...................................... al numero ....................

Albo degli Odontoiatri di ............................................. dal ................................ al numero ...........................

* di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in .......................................................................................

in data ......................................... presso l’Università di ............................................................................................

* l’insussistenza di incompatibilità legislative con l’attività svolta e all’assunzione dell’incarico.

**ALLEGA**

1. fotocopia fronte e retro del documento di identità in corso di validità (in carta semplice)

## DICHIARA INOLTRE

* di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS Milano;
* di essere informato che la Pubblica Amministrazione potrà eseguire i controlli previsti dalle leggi in materia di autocertificazione (art. 71 D.P.R. 445/2000).

Data ...................................

(firma del dichiarante) …………………………………