

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il
_____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00
delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A (*vedi i seguenti esempi*):

- ◆ di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati sono conformi agli originali di cui è in possesso o il cui originale è depositato presso _____;

- ◆ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di medico (indicare disciplina) _____ presso _____ con rapporto di dipendenza a tempo pieno o con impegno orario settimanale pari a _____ ore dal _____ al _____;

- ◆ di prestare (o aver prestato) servizio come medico (indicare disciplina) _____ con rapporto _____ (co.co.co; co.pro.; libero professionale/consulente etc.) dal _____ al _____ presso _____ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata);

- ◆ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di Medico convenzionato (specificare: medico di guardia medica; continuità assistenziale; specialista ambulatoriale nella branca _____ etc.) presso _____ dal _____ al _____ per un totale di **ore** _____ .

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Usl n. 8, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Cagliari, _____

Il Dichiarante * _____

* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante **può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

Il presente allegato è composto
di n° _____ fogli

Il Responsabile
(*Dott.ssa Patrizia Sollai*)

ALLEGATO DELIBERAZIONE
N. _____ DEL _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL DIRETTORE SANITARIO
(*Dott. Gianluca Calabrò*) (*Dott. Ugo Storelli*)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(*Dott. Emilio Simeone*)