

## 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 \_\_\_\_\_;

### **Per i servizi prestati con rapporto di dipendenza:**

- ◆ di prestare (o aver prestato) servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di medico (indicare disciplina di inquadramento attribuita all'atto dell'incarico) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (indicare se struttura pubblica o privata) con rapporto di dipendenza a tempo pieno o con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore ;

### **Per i servizi prestati con rapporto: libero professionale/**

#### **co.co.co / co.pro etc.:**

- ◆ di prestare (o aver prestato) servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di medico (indicare disciplina attribuita all'atto dell'incarico) \_\_\_\_\_ con rapporto (indicare tipologia) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata);

### **Per i servizi prestati in regime convenzionale:**

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

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.**