ALLEGATO B)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445/2000)

In riferimento alla domanda di partecipazione alla procedura di selezione per il conferimento dell'incarico, di durata di anni 5(leggasi cinque) di n. 1 Direttore di Laboratorio Analisi per il Centro di Medicina Preventiva dell’IPA,

il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/2000 sulla responsabilità penale a cui può incorrere in caso di dichiarazioni non veritiere e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. Titoli di studio:
2. Specializzazioni:
3. Abilitazioni:
4. Iscrizione all’Albo dei Medici-Chirurghi:
5. Esperienza professionale nella disciplina cui si riferisce l’incarico in questione o disciplina equipollente, e specializzazione nella medesima disciplina o in una disciplina equipollente, presso le seguenti Strutture socio sanitarie, o sanitarie, pubbliche o private:
6. Ulteriori eventuali titoli:

ai sensi del DPR n. 445/2000 allega la fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

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

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.