

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 43 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a

cognomenome

Nato/a a (prov.) il

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

dichiara:

- di essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso la ASLdi dal;
- di aver maturato l'anzianità complessiva (in territorio italiano) di incarico come medico specialista pediatra pari ad anni mesi giorni;
- di avere eventualmente sospeso la propria attività per i seguenti periodi (art. 18 c. 1 del vigente ACN di settore):

.....

.....

.....

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Firma del dichiarante

.....