ALLEGATO B)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____, Codice Fiscale_____, nato/a a_____Prov_____, il_____, e residente nel Comune di_____Prov____,Via_____n.____ CAP_____

avvalendosi della facoltà concessa dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci o comunque non corrispondenti al vero, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data_____, con voto_____;
2. di essere in possesso del Diploma di Specializzazione nella Disciplina di_____conseguito presso l'Università di_____ in data_____(durata del corso: anni___)
   ❑ ai sensi del D.Lgs. n. 257/1991 ovvero ❑ ai sensi del D.Lgs. n. 368/1999;
3. di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di_____ al n. _____ dal_____;
4. di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli: _____
   _____
   _____
   _____
5. di aver prestato servizio, nel profilo oggetto del concorso, presso Pubbliche Amministrazioni, come di seguito indicato:
   Ente _____

con sede legale in_____

Prov_____C.A.P._____Via_____

Profilo professionale_____

dal_____al _____

(specificare eventuali interruzioni del servizio, ad esempio a causa di aspettativa senza assegni, sospensione cautelare, ecc.) _____

❑ a tempo determinato

❑ a tempo indeterminato

❑ altro (specificare se libero professionale, collaborazione, borsa di studio, ecc.)

❑ a tempo pieno

❑ a tempo parziale

❑ rapporto cessato il _____ (indicare le motivazioni) _____

(ripetere questo schema per ogni diverso datore di lavoro pubblico)

6. di aver prestato servizio, nel profilo oggetto del concorso, presso Istituti Accreditati, Istituti Privati Convenzionati, Istituti Privati, ecc. (specificare la tipologia dell'Ente/Istituto o il servizio non sarà valutato), come di seguito indicato:

   Ente _____

   Tipologia (Istituto Accreditato, Istituto Privato Convenzionato, Istituto Privato, ecc.)

   _____

   con sede legale in_____

   Prov_____C.A.P._____Via_____ Profilo professionale_____

   dal_____al _____

   (specificare eventuali interruzioni del servizio, ad esempio a causa di aspettativa senza assegni, sospensione cautelare, ecc.) _____

   ❑ a tempo determinato

   ❑ a tempo indeterminato

   ❑ altro (specificare se libero professionale, collaborazione, borsa di studio, ecc.)

❑ a tempo pieno

❑ a tempo parziale

❑ rapporto cessato il _____ (indicare le motivazioni) _____

(ripetere questo schema per ogni diverso datore di lavoro);

7. di aver prestato servizio all'estero, ai sensi dell'art. 23 D.P.R. n. 483/1997 (indicare il provvedimento di riconoscimento) _____

   Ente _____

   Tipologia_____

   con sede legale in_____

   Profilo professionale_____

   dal_____al _____

   ❑ a tempo determinato

   ❑ a tempo indeterminato

   ❑ altro (specificare se libero professionale, collaborazione, borsa di studio, ecc.)

   ❑ a tempo pieno

   ❑ a tempo parziale

   ❑ rapporto cessato il _____ (indicare le motivazioni) _____

   (ripetere questo schema per ogni diverso datore di lavoro);

8. di aver prestato servizio, nel profilo oggetto del concorso, come ufficiale medico, ai sensi dell'art. 20, c. 2 del D.P.R. n. 483/1997 (specificare Arma, profilo professionale, periodo, motivazione della cessazione)

   _____

   _____;

9. di aver effettuato corsi di formazione e/o aggiornamento (specificare se come organizzatore di corso, uditore o relatore, Ente organizzatore, argomento, data e luogo di svolgimento e se effettuato con esame finale)

   _____

   _____;

10. di avere svolto le seguenti attività di docenza (indicare corso di studio, Ente ed indirizzo presso il quale si è svolto, periodo e materia di svolgimento) _____
_____;
11. che le copie delle pubblicazioni allegate alla presente dichiarazione sono conformi all'originale (indicare per ciascuna pubblicazione il nome della rivista/libro, titolo, specifica dei nomi ed ordine degli autori intervenuti, anno della pubblicazione, impact factor).

Data, _____

In fede

Il dichiarante

_____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto alla ricezione, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore.