

**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 a \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_);

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, uditor 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.