

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, 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 indicate 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.