



ASL
ROMA 3

UOC Risorse Umane
Continuità Assistenziale
Via di Casalbernocchi, 73 - 00125 Roma
Posta Certificata : continuita.assistenziale@pec.aslroma3.it



REGIONE
LAZIO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
Ai sensi ed agli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a.....
Nato/a (Prov.....) il...../...../..... M F
Codice Fiscale.....
Residenza..... (Prov.....)
Indirizzo..... n..... Cap.....
Tel..... cell.....

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.:

- di essere o non essere cittadino italiano;
- di essere abilitato all'esercizio della professione.....
(medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo chimico - psicologo) in
data/...../..... presso l'Università di.....
- di essere iscritto all'Aibo professionale dei/degli.....
(medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - psicologi) presso l'Ordine
provinciale/regionale di..... dalla data...../...../.....
- di essere in possesso della seguente specializzazione in conseguita
il...../...../..... presso l'Università di.....

DICHIARA INOLTRE

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale ;
- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali.

Data...../...../.....

Firma del Medico per esteso



MS/ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio graduatoria aziendale 2022