

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art.46 del D.P.R. 445 del 28712/2000) per Professione Sanitaria**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ cittadinanza _____

residenza _____ via/pz _____

domicilio _____ via/pz _____

CF _____ P.IVA _____ tel. _____

PEC _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA di (1) aver conseguito diploma di laurea in _____

in data _____ Università di _____

 (1) aver conseguito diploma professionale di _____

in data _____ Scuola _____

sita a _____ via/pz _____ n. _____

 (1) aver conseguito abilitazione all'esercizio professionale di _____

in data/anno e sessione (1) _____ Università di _____

 essere iscritto all'Albo _____

Provincia di _____ dal _____ al/i numero/i _____

 (2) essere iscritto all'Albo _____


Provincia di _____ dal _____ al/i numero/i _____

 (1) aver conseguito diploma di specializzazione in _____ (3)

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA

Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969

Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ATS Brianza</p>	<p>DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA</p> <p>SC IGIENE E SANITA' PUBBLICA SS Strutture Sanitarie Viale Elvezia 2, 20900 Monza E-mail: strutture.sanitarie@ats-brianza.it PEC protocollo@pec.ats-brianza.it</p>	<p>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE TITOLI</p>
--	--	--

in data _____ Università di _____

Dichiara inoltre che **non** sussistono incompatibilità con l'attività svolta e che **è informato che:** (a) ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS Brianza; (b) potranno essere effettuati i controlli previsti in materia di autocertificazione (art. 71 D.P.R. 445/2000).

(luogo e data) _____

 (firma per esteso e leggibile del/la dichiarante)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La presente dichiarazione, **qualora non presentata personalmente**, viene spedita allegando copia fronte e retro di un documento di identità del dichiarante. (Art. 38, 3° comma del DPR 445 del 28 dicembre 2000).

- (1) cancellare le parti che non interessano;
- (2) se per medico-chirurgo e odontoiatra e se doppia iscrizione, indicare rispettivi data e numero d'ordine;
- (3) specificare il titolo che consente l'esercizio della specializzazione e che, si ricorda, deve essere depositato presso l'Ordine di appartenenza.