

Per allegare fotocopie di documentazione (es. attività di aggiornamento, pubblicazioni, certificazioni (non rilasciate da P.A) relative ad attività/titoli, etc.)

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 artt.19 e 47) Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati sono conformi agli originali di cui è in possesso:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL N.5 , a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

\_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

Per dichiarare i Servizi prestati con rapporto di dipendenza presso strutture pubbliche o private

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47) Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

- di prestare (o aver prestato) servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso \_\_\_\_\_ **con rapporto di dipendenza** (struttura:  pubblica  privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore ;
- di prestare (o aver prestato) servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso \_\_\_\_\_ **con rapporto di dipendenza** (struttura:  pubblica  privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore ;
- di prestare (o aver prestato) servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso \_\_\_\_\_ **con rapporto di dipendenza** (struttura:  pubblica  privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore ;
- di prestare (o aver prestato) servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso \_\_\_\_\_ **con rapporto di dipendenza** (struttura:  pubblica  privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore ;  
interruzione durante servizio: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'asl n. 5 , a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

Per dichiarare servizi prestati in regime convenzionale(guardia medica /continuità assistenziale /specialista ambulatoriale)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

### D I C H I A R A

di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di Medico convenzionato.

**medico di guardia medica/continuità assistenziale;**

presso \_\_\_\_\_  
per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  
n. \_\_\_\_\_ ore/settimanali)

**medico di guardia medica/continuità assistenziale;**

presso \_\_\_\_\_  
per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  
n. \_\_\_\_\_ ore/settimanali)

**medico di guardia medica/continuità assistenziale;**

presso \_\_\_\_\_  
per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  
n. \_\_\_\_\_ ore/settimanali)

**medico di guardia medica/continuità assistenziale;**

presso \_\_\_\_\_  
per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  
n. \_\_\_\_\_ ore/settimanali)

**medico di guardia medica/continuità assistenziale;**

presso \_\_\_\_\_  
per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  
n. \_\_\_\_\_ ore/settimanali)

**medico di guardia medica/continuità assistenziale;**

presso \_\_\_\_\_  
per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  
n. \_\_\_\_\_ ore/settimanali)

**medico di guardia medica/continuità assistenziale;**

presso \_\_\_\_\_  
per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  
n. \_\_\_\_\_ ore/settimanali)

**specialista ambulatoriale nella branca \_\_\_\_\_**

presso \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ per \_\_\_h/sett.,

**specialista ambulatoriale nella branca \_\_\_\_\_**

presso \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per \_\_h/sett.,

**specialista ambulatoriale nella branca** \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per \_\_h/sett.,

**specialista ambulatoriale nella branca** \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per \_\_h/sett.,

**specialista ambulatoriale nella branca** \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per \_\_h/sett.,

**medico di Medicina Generale ;**

presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

**medico di Medicina Generale ;**

presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

**medico di Medicina Generale ;**

presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

**medico di Medicina Generale ;**

presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

**medico di Medicina Generale ;**

presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL N. 5, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

Per dichiarare i Servizi prestati con rapporto:libero professionale /co.co.co / co.pro, consulente etc.:

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

### D I C H I A R A

- di prestare (o aver prestato) servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso \_\_\_\_\_ (struttura  **pubblica**  **privata**) con rapporto di lavoro:
  - libero professionale
  - co.co.co,
  - consulente
  - altro (specificare) \_\_\_\_\_
- di prestare (o aver prestato) servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso \_\_\_\_\_ (struttura  **pubblica**  **privata**) con rapporto di lavoro:
  - libero professionale
  - co.co.co,
  - consulente
  - altro (specificare) \_\_\_\_\_
- di prestare (o aver prestato) servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso \_\_\_\_\_ (struttura  **pubblica**  **privata**) con rapporto di lavoro:
  - libero professionale
  - co.co.co,
  - consulente
  - altro (specificare) \_\_\_\_\_
- di prestare (o aver prestato) servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso \_\_\_\_\_ (struttura  **pubblica**  **privata**) con rapporto di lavoro:
  - libero professionale
  - co.co.co,
  - consulente
  - altro (specificare) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL N. 5 a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Data, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

Per dichiarare attività didattica:

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle  
sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria  
responsabilità

D I C H I A R A

di svolgere (o aver svolto) la seguente attività didattica:

- **Docenza** \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
Materia: \_\_\_\_\_  
Incarico conferito da \_\_\_\_\_ anno accademico  
\_\_\_\_\_:
- **Docenza**  
presso \_\_\_\_\_ Materia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Incarico conferito da \_\_\_\_\_ anno  
accademico \_\_\_\_\_:
- di svolgere (o aver svolto) la seguente attività di **insegnamento nei seguenti corsi di formazione:**
  - \_\_\_\_\_ nella materia  
\_\_\_\_\_ su incarico  
di \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ .
  - \_\_\_\_\_ nella materia  
\_\_\_\_\_ su incarico  
di \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ .
  - \_\_\_\_\_ nella materia  
\_\_\_\_\_ su incarico  
di \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ .

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 5 a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(D.P.R. 445/2000 art. 46)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle  
sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria  
responsabilità

### DICHIARA

Di aver partecipato alla seguente **attività di formazione ed aggiornamento** e di essere in  
possesso dei relativi attestati:

- Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)  
\_\_\_\_\_
- Titolo dell'evento \_\_\_\_\_
- Luogo di svolgimento dell'evento \_\_\_\_\_
- periodo/durata \_\_\_\_\_
- Ente erogatore \_\_\_\_\_
- Specificare se l'attività formativa è ECM \_\_\_\_\_
- Specificare se con test o esame finale \_\_\_\_\_
  
- Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)  
\_\_\_\_\_
- Titolo dell'evento \_\_\_\_\_
- Luogo di svolgimento dell'evento \_\_\_\_\_
- periodo/durata \_\_\_\_\_
- Ente erogatore \_\_\_\_\_
- Specificare se l'attività formativa è ECM \_\_\_\_\_
- Specificare se con test o esame finale \_\_\_\_\_
  
- Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)  
\_\_\_\_\_
- Titolo dell'evento \_\_\_\_\_
- Luogo di svolgimento dell'evento \_\_\_\_\_
- periodo/durata \_\_\_\_\_
- Ente erogatore \_\_\_\_\_
- Specificare se l'attività formativa è ECM \_\_\_\_\_
- Specificare se con test o esame finale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL 5, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

DATA \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

Per dichiarare il possesso di **ulteriori titoli di studio** ( Dottorato di ricerca/Master Universitari etc)

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(D.P.R. 445/2000 art. 46)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

- Di aver conseguito il titolo di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito il titolo di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito il titolo di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito il titolo di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito il titolo di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito il titolo di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito il titolo di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito il titolo di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL N. 5, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

DATA \_\_\_\_\_ Il Dichiarante \_\_\_\_\_