

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'

(Art. 1 L. 15 Maggio 1997 n. 127-art.1 D.P.R. 20 Ottobre 1998 n. 403 Artt. 38-47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a GIUSEPPE ACCURSO nato/a a PALERMO il 29/02/86 residente in CASIELDACCIA via LUSARINI 83 documento d'identità n. AT 72 22 02 9 rilasciato da COMUNE DI CASIELDACCIA Codice Fiscale CCRCPP 86 L296 223M

Dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui si incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445. Ai sensi dell'art.23 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (codice di protezione dei dati personali) 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.

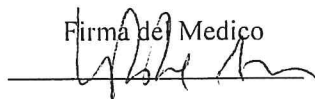
DICHIARA

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di PALERMO nell'anno 2011;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 2012;
- di aver conseguito la specializzazione in ANESTESIA E RIANIMAZIONE nell'anno 2012 presso l'Università di PALERMO;
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di PALERMO al n. 14594;
- di aver prestato servizio presso:
 - L'Università di PALERMO AOUP con la qualifica di disciplina rapporto di lavoro n.ore settimanali dal al;
 - L'ASP di albo / A.O. albo con la qualifica di disciplina rapporto di lavoro n.ore settimanali dal al;
 - Casa di Cura Privata con la qualifica di ANESTESIA RIANIMAZIONE rapporto di lavoro L.P. n.ore settimanali 30 dal 12/02/17 al 12/01/18;
- di aver accettato l'incarico di ANESTESIA a rapporto di lavoro L.P. presso l'Unità Funzionale e/o servizio ANESTESIA RIANIMAZIONE della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 36 settimanali.
 - di accettare l'incarico di albo a rapporto di lavoro albo presso l'Unità Funzionale e/o servizio albo della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore albo settimanali.
- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

Il sottoscritto si impegna a comunicare per iscritto l'eventuale incompatibilità che dovesse insorgere in futuro e eventuali variazioni su quanto autocertificato.

Cefalù li, 12/03/2018

Firma del Medico



Per ricevuta
Fondazione _____

- Allegare alla presente fotocopia documento d'identità in corso di validità