

**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 CONTI EUSABETTA nato/a a

PALESTRO il 02/03/1987 residente in PALESTRO

via UFFIZIO BORNONI, 22 documento d'identità n. AT 426726H

rilasciato da COMUNE DI PALESTRO Codice Fiscale CNTLBT87C426273X

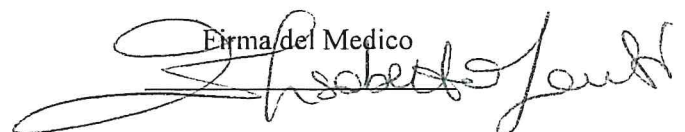
Dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui si incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445. Ai sensi dell'art.23 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (codice di protezione dei dati personali) 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 PALESTRO nell'anno 2011;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 2012;
- di aver conseguito la specializzazione in ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA nell'anno 2017 presso l'Università di PADOVA; E DEL DOLORE
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di PALESTRO al n. 42622;
- di aver prestato servizio presso:
  - L'Università di \_\_\_\_\_ AOUP \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_ rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ n.ore settimanali \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
  - L'ASP di \_\_\_\_\_ / A.O. \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_ rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ n.ore settimanali \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
  - Casa di Cura Privata con la qualifica di \_\_\_\_\_ rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ n.ore settimanali \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- di aver accettato l'incarico di MEDICO a rapporto di lavoro LIBERO PROFESSIONALE presso l'Unità Funzionale e/o servizio ANESTESIA E RIANIMAZIONE della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 30 settimanali.
  - di accettare l'incarico di \_\_\_\_\_ a rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ presso l'Unità Funzionale e/o servizio \_\_\_\_\_ della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore \_\_\_\_\_ 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, 06/09/2019

Firma del Medico  


Per ricevuta  
Fondazione \_\_\_\_\_

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