



**REGIONE VENETO**

**Da inviare all'ULSS Competente**

*Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà.*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente/domiciliato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'**

- di essere in possesso del seguente titolo di studio o qualifica professionale \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di esercitare, presso enti pubblici o altre istituzioni private, le seguenti attività professionali \_\_\_\_\_  
con il seguente rapporto di lavoro o impiego \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici, Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_  
al N° \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

di svolgere la propria attività libero professionale nella branca specialistica di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, presso i locali ubicati in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_

e di erogare le seguenti prestazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma  
(non autenticata)

\_\_\_\_\_

allegata fotocopia del documento

=====

**Informativa ai sensi dell' art. 10 della legge 675/1996:**  
**i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.**