

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

(resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12..2000)

Il/La sottoscritt_____ nat_____ il_____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e della decadenza dei benefici ottenuti nonché dell'esposizione all'azione di risarcimento danni da parte di controinteressati per dichiarazioni mendaci, reticenti o incomplete ivi indicate, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(selezionare l'opzione che interessa)

- Di essere in possesso del titolo di abilitazione all'esercizio di Medico-Chirurgo, conseguito nella_____ sessione dell'anno_____ presso l'Università di_____ ;
- di avere conseguito l'abilitazione tramite l'ottenimento di una Laurea LM-41 Medicina e Chirurgia ABILITANTE (ai sensi del DL n.18-2020 attuato con DM n. 8-2020);
- di avere conseguito l'abilitazione in Italia ai sensi del decreto legge n.18 del 2020 a seguito di superamento di tirocinio pratico valutativo post lauream ex D.M. n. 445/2001;
- di avere conseguito l'abilitazione in Italia ai sensi del decreto legge n. 18 del 2020 a seguito di superamento di tirocinio pratico valutativo svolto internamente al corso di studi ex D.M. n. 58/2018

Altresì DICHIARA

di rispettare il divieto di contemporanea iscrizione come disposto dalla Lg 33/2022;

di non essere iscritto/a ad un corso di formazione specifica in MEDICINA GENERALE ai sensi dell'art. 19 comma 12, Legge 28/12/2001 n° 448;

Di essere a conoscenza degli artt. 39 e 40 del D. Lgs. 368/99 ed in particolare della inibizione, per tutta la durata della formazione a tempo pieno, di attività libero professionali esterne alle strutture assistenziali in cui si effettua la formazione e di ogni rapporto convenzionale o precario con il S.S.N. o enti e istituzioni pubbliche e private

Catania, _____

Firma