

PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE DEGLI AMBULATORI DI ASSISTENZA AI MINORI NON REGOLARI

Al Direttore Generale  
ASP di Catania  
Via S.M.La Grande n.5  
95124 Catania

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
( art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 ess.mm.ii.)

Il/La sottoscritt... Dott./Dott.ssa .....

nat... a .....(prov.....) il .....

comune di residenza ..... (Prov.....)

indirizzo Via..... N. .... CAP .....

codice fiscale.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 46 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii.,

**DICHIARA**

di essere / non essere convenzionat... con il SSR per la pediatria di libera scelta nell'ambito territoriale di .....

di essere / non essere inserit....nella graduatoria vigente al n. d'ordine .....

*(solo per i pediatri convenzionati e per i pediatri inclusi nella graduatoria regionale )*

di essersi specializzato in data .....presso .....

Di essersi laureato in data .....presso .....

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo 30/06/03 n.196 (codice privacy),che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e data ..... Firma per esteso .....

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.