DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

**(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

Il sottoscritto Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 o contenenti dati non più rispondenti a verità,

**DICHIARA**

* di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
* di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_::\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere cittadino italiano
* di godere dei diritti politici;
* di essere iscritto all’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere in possesso del titolo di studio di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere in possesso del titolo di studio di specialista in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere iscritto al Corso di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ anno , presso la Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \* di essere/non essere in possesso dell’attestato di formazione teorico SIUMB
* di accettare incondizionatamente il regolamento scuola SIUMB
* di accettare incondizionatamente quanto deciso dalla Scuola SIUMB di Catanzaro
* di provvedere contestualmente all’iscrizione al Corso alla iscrizione alla SIUMB
* di essere in possesso di assicurazione professionale stipulata il \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ con la Compagnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di accettare incondizionatamente quanto previsto nel Bando di Concorso per il “II Corso Scuola di formazione di base in Ecografia S.I.U.M.B.” redatto dal Comitato Scientifico della Scuola SIUMB di Catanzaro (Azienda Ospedaliera-Universitaria “R. Dulbecco” di Catanzaro ) e presente sul sito dell’Agenzia Organizzativa [www.petraieventi.it](http://www.petraieventi.it) e con link sul sito Aziendale [www.aocz.it](http://www.aocz.it).

\*cancellare la parte che non interessa

Il dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_