

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a .....prov. ....il .....  
residente a ..... prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
inserito nella graduatoria regionale di medicina generale della Regione Siciliana relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno 2009, con punti ..... ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

- a) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguito presso ..... in data .....
- b) di essere titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso la regione ..... in data .....
- c) di essere residente nell'ambito dell'A.S.P. n. .... di ..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data .....

Firma .....

---

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".