

MODULO RISERVATO AI LAUREATI IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA E AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI NON GIA' TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO NELLA BRANCA DI ODONTOIATRIA

Al Direttore Generale
Azienda ULSS 6 Euganea
Direzione Amministrativa Territoriale
Via E. Degli Scrovegni, 14
35131 Padova

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto Dr. _____,
nato il _____ a _____ (prov. _____),
residente a _____ (prov. _____),
via _____, cap _____
domicilio (compilare solo se non coincide con la residenza) a _____ via _____
_____ cap _____ tel. _____ -
_____ cell. _____, comunica la propria
disponibilità per l'incarico di n. _____ ore sett.li nella branca di
_____ presso _____ (identificare
l'incarico) _____ e a tal fine sotto la propria
responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000
per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- a) di aver conseguito la laurea in Odontoiatria il _____ presso l'Università degli studi di _____ con voto _____;
- b) di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università degli studi di _____ con voto _____;
- c) di essere iscritto all'Albo professionale degli Odontoiatri di _____;

d) di avere svolto la seguente attività professionale, ai sensi dell' ACN Medici SAI, nella
branca di odontoiatria, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo
determinato:

Branca specialistica presso dal al

e) di essere / non essere (*) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura
disciplinare comminato dall'Ordine

.....

(*) In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....

f) di trovarsi attualmente nella seguente posizione lavorativa:

g) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione della presente domanda ai sensi del D.Lgs. 196/2003, così come modificato ed integrato dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

h) altre eventuali informazioni:

Data

Firma

(Allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore)