

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna		
U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE		

Dichiarazione sostitutiva
(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000)

Il/La sottoscritto/a _____ Nato il _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e, consapevole altresì che ove i suddetti reati siano connessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità,

con riferimento alla domanda di partecipazione al pubblico avviso per incarichi a tempo determinato in qualità di Dirigente Medico - "varie discipline" (Scad. 27 Agosto 2020- Pubblicato sul BUR n. 284 del 12/08/2020) mediante l'apposita piattaforma on-line nella disciplina: _____, chiede altresì di essere ammesso a partecipare al medesimo avviso anche nella/e disciplina/e: (barrare la/e disciplina/e per cui si intende partecipare)

- ☐ CARDIOLOGIA;
- ☐ ENDOCRINOLOGIA;
- ☐ GASTROENTEROLOGIA;
- ☐ GINECOLOGIA E OSTETRICIA;
- ☐ IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA;
- ☐ MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA;
- ☐ MEDICINA INTERNA;
- ☐ PEDIATRIA;
- ☐ PSICHIATRIA;

A tal proposito, oltre ai requisiti generali e specifici già dichiarati nella piattaforma on-line,

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE REQUISITO SPECIFICO DI AMMISSIONE UTILE ALLA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO NELLA/E DISCIPLINA/E SOPRA INDICATA/E:

- ☐ diploma di specializzazione in _____ conseguita il ____/____/____ presso l'Univ. _____ durata legale del corso anni _____
- ☐ conseguita ai sensi del D.Lgs 368/99
- ☐ conseguita ai sensi del D.Lgs 257/91
- ☐ non conseguita ai sensi del D.Lgs 257/91 o D.Lgs 368/99

IL DICHIARANTE
Firma autografa o certificata

Il _____

allegata copia documento di identità in corso di validità