

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(AUTOCERTIFICAZIONE)**  
(art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

**ESENTE DA BOLLO**

In relazione alla domanda di ammissione in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della Regione Sardegna relativo agli anni 2007/2010:

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 445/2000):

**D I C H I A R A**

**DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO:**

1. incarico a tempo determinato o di sostituzione nella assistenza primaria :

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso Azienda USL \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso Azienda USL \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso Azienda USL \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

nel caso di incarico di sostituzione (valutabile solo se svolta con rif. a più di 100 utenti e per periodi non inf. a 5 giorni) indicare anche il medico sostituito:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

Az.USL \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

Az.USL \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

2. incarico a tempo determinato o di sostituzione nella continuità assistenziale

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

3. incarico a tempo determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

4. incarico a tempo determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

5. incarico a tempo determinato nelle Attività Territoriali Programmate:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

6. incarico a tempo determinato di assistenza turistica

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

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

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_(2)

*(1) Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

*(2)- Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autentica, di un documento di identità del sottoscrittore.*

**N.B: Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, ancorché non autenticata, dei certificati di servizio di cui già in possesso.**