

All.to C)

Il presente allegato è da utilizzare nel caso in cui non vengano prodotti documenti originali o autenticati ai sensi di legge, per quanto riguarda gli stati, fatti e qualità personali.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

**AI SENSI DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi

**DICHIARA**

ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000

- di essere residente in Piemonte dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_ c/o  
l'Università di \_\_\_\_\_ con il seguente voto di laurea \_\_\_\_\_;

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;

- di aver prestato servizio come medico di Continuità Assistenziale nell'ASLCN2 o presso la Casa  
di Reclusione di Alba a decorrere dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

o di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina Generale conseguito  
il \_\_\_\_\_ c/o l'Università di \_\_\_\_\_, o  
del titolo equipollente di cui al D.L.vo 08/08/1991, n. 256, 17/08/1999 n. 368 e 08/07/2003  
n. 277;

o di essere iscritto nella graduatoria regionale

o di frequentare il corso di formazione in medicina Generale presso l'Università di  
\_\_\_\_\_;

o di essere in possesso dell'abilitazione professionale acquisita successivamente alla data  
del 31/12/1994;

o di frequentare il corso di specializzazione presso l'Università di \_\_\_\_\_.

Allega copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

N.B.: Al fine di accelerare il procedimento, gli interessati sono invitati ad allegare alle predette dichiarazioni una copia fotostatica, ancorché non autenticata, dei certificati oggetto delle dichiarazioni.