

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo di nascita) (prov.) (data di nascita)

residente a _____ (_____)
(luogo) (prov.)

in Via _____ n. _____
(indirizzo)

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Che il/la Dr./Dr.ssa _____ in qualità di Medico Tirocinante del Corso

di Formazione in Medicina Generale triennio _____ nel mese di _____ è

stato/a presente presso il proprio ambulatorio di Medicina Generale per totale ore _____.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. N. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

(luogo, data)

Il Dichiarante (TUTOR)

.....
(timbro e firma leggibile)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato ed è corredata della fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante.