

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(DPR n. 445 del 28/12/2000 art. 46 - 47)

Il/La sottoscritto/a PERRINI PIETRO Tel. [REDACTED]

indirizzo mail [REDACTED]
ai fini dell'assunzione con contratto libero professionale, co.co.co. (barrare la tipologia del contratto che si vuole sottoscrivere) in qualità di Medico specializzando c/o il P.O. SAN GIACOMO
UOC/UOSVD Pronto Soccorso MONOPOLI;

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 489 c.p. e art. 76 DPR n. 445/2000)

DICHIARA

- Di essere nato/a a [REDACTED]
- Di essere residente a [REDACTED]
- Di essere domiciliato/a a [REDACTED]
- Di essere cittadino/a italiano/a e di essere di stato civile [REDACTED]
- Di godere dei diritti politici e di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di MONOPOLI
- Di essere, agli effetti degli obblighi militari, nella posizione [REDACTED]
- Di essere in possesso del seguente CODICE FISCALE [REDACTED]
- Di non aver riportato condanne penali che pregiudicano l'instaurazione del rapporto di lavoro e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- Di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università degli Studi di BARI "A. MORO" anno accademico 19/20 con votazione finale di 106/110;
- Di essere iscritto/a all'OMCeO di BARI dal 08/06/2021 numero posizione 17060
- Di essere iscritto alla Scuola di Specializzazione di Medicina Fisica e Riabilitativa presso l'Università degli Studi di BARI "A. MORO" al II anno;
- Di optare nel caso di contratto co.co.co. per il seguente regime:
 - a gestione separata;
 - contribuzione EMPAM a proprio carico;
- Di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 s.m.i., nonché di quelle previste dall'art. 21 ACN del 28/04/2022 di Medicina Generale;
- Di non essere titolare di incarico convenzionale di continuità assistenziale a qualsiasi titolo e di non essere iscritto al Corso di Formazione specifica di Medicina Generale.

Monopoli, 30/01/2021

Il/La dichiarante [REDACTED]