

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a COPPOLA GIUSEPPE

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445 e consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace

- di essere nato a MELEFI prov. di PZ il 27/12/1936
- di essere residente a _____ prov. di _____
- in Via _____ n. _____
- Recapiti telefonici _____
- che il proprio numero di Codice Fiscale è il seguente

CIPPGPP1816T2ZF104P

- di essere cittadino/a: ITALIANO
- di essere in possesso del permesso di soggiorno;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di appartenere all' Ordine Professionale DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI della provincia di AVELLINO e di essere iscritto al relativo Albo dal 2012 ;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
 1. LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA rilasciato da UNIVERSITA' CATTOLICA S. CUORE in data 18/10/2011
 2. DIPLOMA SPECIALIZZAZIONE RADIOLOGICA rilasciato da USCSPOLICLINICO GEMELLI in data 27/6/2017
- di non prestare attività incompatibili e concorrenti con il rapporto di collaborazione instaurato con l'Azienda, cioè in conflitto d'interesse;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

Documento d'identità CARTA IDENTITA' rilasciato da COMUNE DI AQUILONIA
n. CA12197FR

Taranto, 12/10/2021

IL/LA DICHIARANTE

[Firma]