

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO NOTORIO  
AI FINI DEL CONFERIMENTO INCARICO GUARDIA TURISTICA PRESSO  
POSTAZIONI DI PRIMO/PRONTO SOCCORSO (CODICI BIANCHI)  
- ESTATE 2018 -**

Alla Azienda USL Toscana nord ovest  
UOC Convenzioni nazionali  
di Assistenza primaria e Continuità assistenziale  
Viale Alfieri 36  
57124 LIVORNO

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale  
\_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, tel.  
n. \_\_\_\_\_ cell. n. \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica  
\_\_\_\_\_

In relazione alla propria domanda per il conferimento dell'incarico in epigrafe, consapevole che, ai sensi art. 76 D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia,

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

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, di essere in possesso di uno o più dei seguenti titoli (*indicare con una "x" la voce d'interesse*):

- attestato di abilitazione medicina d'urgenza sul territorio conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- specializzazione conseguita in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- frequenza di corso di specializzazione in \_\_\_\_\_, anno di iscrizione \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;
- incarichi e/o supplenze ospedalieri, in regime di rapporto di lavoro di dipendenza, di durata almeno semestrale effettuata presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, nella disciplina di \_\_\_\_\_.

Luogo e data

Firma leggibile (\*)

(\*) **ATTENZIONE:** La presente dichiarazione, pena esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato/a ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità.