

ALLEGATO 3**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

Art. 46 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa
- D.P.R. 28/12/2000, n° 445 -

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a a _____
_____, il _____ codice fiscale _____,
residente a _____ in Via _____ n° _____ cell. _____ e-mail _____
_____, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false
attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

D I C H I A R A

di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio: _____

conseguito il _____, presso _____

di essere in possesso della seguente specializzazione:

Conseguita il _____, presso _____

di essere iscritto nell'Elenco Nazionale dei Medici Competenti al n. _____,

Di aver avuto effettuato e concluso le seguenti esperienze professionali di Medico Competente negli ultimi 5 anni:

Amministrazione Pubblica/Privato conferente	Svolto dal / al

Data _____

Firma _____