

**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a:

<b>Nome e Cognome</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Azienda Pubblica di appartenenza</b>	
<b>Indirizzo dell'Azienda Pubblica di appartenenza</b>	
<b>Iscrizione a Società/Associazioni scientifiche (se "Sì" indicare quali)</b>	
<b>Riferimento telefonico del candidato</b>	
<b>PEC (in assenza indicare indirizzo email)</b>	
<b>Richiesta autorizzazione all'Azienda Pubblica di appartenenza per l'eventuale svolgimento dell'incarico</b> <i>(Si ricorda che ai sensi dell'art. 53, comma 7, D.lgs.165/2001, i dipendenti pubblici non possono svolgere incarichi retribuiti che non siano stati conferiti o previamente autorizzati dall'amministrazione di appartenenza.)</i>	

**consapevole delle responsabilità civili, penali e amministrative relative a dichiarazioni false o mendaci di cui all'art. 76 del D. P.R. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità, con la sottoscrizione della presente, dichiara di possedere i seguenti requisiti accademici e professionali per l'inserimento nell'elenco dei potenziali candidati al ruolo di commissario esterno in ambito sanità:**

<b>Laurea in Fisica</b> <b>Specializzazione in Fisica Medica</b> <b>Dirigente SSN da almeno 5 anni</b> <b>Esperienza di almeno 7 anni nella valutazione delle immagini e nell'utilizzo degli angiografi</b>
--

Luogo e data

Firma (digitale o autografa con in allegato copia del documento di identità)