

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

Il/La sottoscritto/a:

Nome e Cognome	
Codice Fiscale	
Azienda Pubblica di appartenenza	
Indirizzo dell'Azienda Pubblica di appartenenza	
Iscrizione a Società/Associazioni scientifiche (se "Sì" indicare quali)	
Riferimento telefonico del candidato	
PEC (in assenza indicare indirizzo email)	
Richiesta autorizzazione all'Azienda Pubblica di appartenenza per l'eventuale svolgimento dell'incarico <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:

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

Luogo e data

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