

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____ residente a _____ in
Via _____ n° _____ Prov. _____ immatricolato/a alla Scuola di
specializzazione in _____ per l'a.a. 2024/25,
consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle
leggi speciali in materia, secondo quanto previsto dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000,

Dichiara

- ☐ Di aver superato con esito positivo l'Esame di stato conseguendo l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo presso l'Università di _____ nella sessione _____
- 1) ☐ Di aver conseguito la Laurea abilitante il _____
☐ Di avere completato con esito positivo il Tirocinio post lauream abilitante il _____
☐ Il Tirocinio post lauream abilitante terminerà il _____
- 2) Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ dal _____

- ☐ Di non trovarmi in alcuna delle situazioni di incompatibilità prevista dalla normativa vigente (D.Lgs 368/99 e ss.mm.ii., art.13 del Bando di ammissione SSM a.a. 2024/2025)
- 3) **ovvero**
☐ Di trovarmi attualmente in situazione di incompatibilità, in quanto

e di impegnarmi a rimuoverla entro la data di inizio delle attività didattiche, pena la decadenza della presente immatricolazione.

Luogo e data

_____ li, _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)