

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(rilasciata ai sensi dell'art. 46, lettera c, del DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
cognome e nomenato/a a _____ (____) il _____
luogo sigla prov. dataresidente a _____ (____) (____)
comune cap sigla prov.indirizzo _____
Via/Piazza e numero civicorecapito telefonico _____ email _____
telefono indirizzo email

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Il possesso delle seguenti competenze professionali necessarie per lo svolgimento delle attività diagnostiche:

- La disponibilità ad utilizzare la strumentazione necessaria messa a disposizione dall'Azienda UsI Toscana Nordovest presso la/le struttura/e ambulatoriale/i:

Oppure

- Il possesso di strumentazione propria in conformità alla normativa vigente e in efficienza, con le relative specifiche tecniche:

Autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel presente documento in base all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, per i soli fini consentiti dalla presente dichiarazione.

ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

luogo e data_____
firma del dichiarante