

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ
AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000**

Il/La sottoscritt _____

nat _____ a _____ il _____

domiciliat _____ a _____ Prov. _____

alla Via _____ n. _____ tel. _____

con Studio in _____ alla via _____

laureato/a in Medicina e Chirurgia nell'anno accademico _____, specializzato/a in

Medicina dello Sport nell'anno _____

Dirigente Medico SI ☐ (barrare la dicitura che riguarda)
 NO ☐

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

D I C H I A R A

che ai fini dell'inserimento nell'elenco regionale degli Specialisti in medicina dello Sport, non è in alcuna situazione di incompatibilità prevista dalle vigenti norme.

Li, _____

In Fede

PER I DIRIGENTI MEDICI DEL S.S.N.

Il sottoscritto _____ dichiara, inoltre, di essere stato autorizzato dal Direttore Generale dell'Azienda _____, con provvedimento n°: _____ del _____ da cui dipende, a svolgere attività intra-moenia per la branca di Medicina dello Sport.

li, _____

IN FEDE
