

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'

(Art. 1 L. 15 Maggio 1997 n. 127-art.1 D.P.R. 20 Ottobre 1998 n. 403 Artt. 38-47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a SALVATORE MAIRA nato/a a CATANICCIETTA il 15/05/1953 residente in PALESTRO
via DEI PELORETANIS documento d'identità n. CT N°AY 9869284
rilasciato da COMUNE DI PALESTRO Codice Fiscale MRA SVT 53E15 B429Z

Dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui si incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445. Ai sensi dell'art.23 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (codice di protezione dei dati personali) accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

DICHIARA

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di PALESTRO nell'anno 1979;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 1979;
- di aver conseguito la specializzazione in ANESTESIA E RIANIMAZIONE nell'anno 1987 presso l'Università di PALESTRO;
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di PALESTRO al n. 8967;
- di aver prestato servizio presso:
 - L'Università di _____ AOUP _____ con la qualifica di _____ disciplina _____ rapporto di lavoro _____ n.ore settimanali _____ dal _____ al _____;
 - ASP di VILLA SOFIA CERVELLO /A.O. _____ con la qualifica di DIRIGENTE I°L disciplina ANESTESIA E RIANIMAZIONE rapporto di lavoro TEMPO PIENO n.ore settimanali 38 dal 2000 al 2018;
 - INDETERMINATO Casa di Cura Privata con la qualifica di _____ rapporto di lavoro _____ n.ore settimanali _____ dal 2000 al _____;
- di aver accettato l'incarico di MEDECO a rapporto di lavoro COLLABORAZIONE PROFESSIONALE PARTITA IVA presso l'Unità Funzionale e/o servizio ANESTESIA E RIANIMAZIONE della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 24 settimanali.
 - di accettare l'incarico di _____ a rapporto di lavoro _____ presso l'Unità Funzionale e/o servizio _____ della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore _____ settimanali.
- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

Il sottoscritto si impegna a comunicare per iscritto l'eventuale incompatibilità che dovesse insorgere in futuro e eventuali variazioni su quanto autocertificato.

Cefalù li, _____

Firma del Medico



Per ricevuta
Fondazione _____

- Allegare alla presente fotocopia documento d'identità in corso di validità