

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 MARCHISIO GA STEFANIA nato/a a

PALESTO il 26/06/80 residente in PALESTO

via LE DE CASPERI 90 documento d'identità n. A40021618

rilasciato da COMUNE DI PALESTO Codice Fiscale PTRCS59204606273W

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 NEDEUNA E CHIRURGIA nell'anno 2006;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 2006;
- di aver conseguito la specializzazione in ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RENE nell'anno 2011 presso l'Università di SIENA;
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di PALESTO al n. 13720;
- di aver prestato servizio presso:
 - L'Università di _____ A.O.P. _____ con la qualifica di _____ disciplina _____ rapporto di lavoro _____ n.ore settimanali _____ dal _____ al _____;
 - L'ASP di PALESTO /A.O. _____ con la qualifica di ENDOCRINOLOGIA disciplina ENDOCRINOLOGIA rapporto di lavoro DIPENDENTE n.ore settimanali 12 dal _____ al _____; TORINO ANNO 2013
 - Casa di Cura Privata con la qualifica di ENDOCRINOLOGIA rapporto di lavoro Libero professionista n.ore settimanali 3 dal 2013 al oggi;
- CASA DI CURA PRIVATA MORANA CON LA QUALIFICA DI ENDOCRINOLOGIA - CP NON SEPARATA
di aver accettato 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 accettare l'incarico di ENDOCRINOLOGIA rapporto di lavoro CP presso l'Unità Funzionale e/o servizio MEICINA della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 10 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, 12 Settembre 2019

Firma del Medico
[Firma]

Per ricevuta
Fondazione _____



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