

# 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 Dr. MICHAELE ANDREA MAZZOLA nato/a a PALESTRA il 23-11-1943 residente in PA via MEUCCI 9 documento d'identità n. C.I. AF9328511 rilasciato da COMUNE PA Codice Fiscale MZZMHL4952362730

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 PA nell'anno 1978;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 1979;
- di aver conseguito la specializzazione in NEFROLOGIA nell'anno 1984 presso l'Università di MESSINA;
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di PA al n. 6591;
- di aver prestato servizio presso:
  - L'Università di AOUP con la qualifica di disciplina rapporto di lavoro n.ore settimanali dal dal al al;
  - L'ASP di / A.O. con la qualifica di disciplina rapporto di lavoro n.ore settimanali dal dal al al;
  - Casa di Cura Privata con la qualifica di disciplina rapporto di lavoro n.ore settimanali dal dal al al;
- di aver accettato l'incarico di REN a rapporto di lavoro 13. Prof. G. presso l'Unità Funzionale e/o servizio DIREZIONE NEFROLOGIA della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 13 settimanali.
  - di accettare l'incarico di disciplina a rapporto di lavoro disciplina presso l'Unità Funzionale e/o servizio disciplina della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore disciplina 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, 10-01-2019

Firma del Medico

Per ricevuta  
Fondazione



Dr. Michele Mazzola  
PALESTRA  
2006

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