

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 ALFREDO VISCONTI nato/a a

PALESMO il 16.06.1959 residente in TERRACINA

via C/DA AGCIANDRONI documento d'identità n. PASSAPORTO Y80742984

rilasciato da PREFETTURA PA 24.05.2017 codice Fiscale 15C6RD59M16G273G

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.

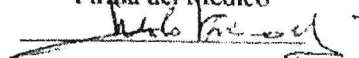
DICHIARA

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di PALESMO nell'anno 1984;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 1985;
- di aver conseguito la specializzazione in FISIOLOGIA ETERA, APP. RESPIRATORIO nell'anno 1988 presso l'Università di PALESMO;
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di PALESMO al n. 9162;
- di aver prestato servizio presso:
 - L'Università di PALESMO AOUP con la qualifica di PROG. RICERCA FINANZI. disciplina ASITA rapporto di lavoro BORSA DI STUDIO n.ore settimanali // dal 1986 al 1988;
 - L'ASP di I A.O. U. CERVELLO con la qualifica di DIRIGENTE MEDIC disciplina PNEUMOLOGIA rapporto di lavoro DEPENDENTE n.ore settimanali 38 dal 01.04/91 al 31.12.2011
 - Casa di Cura Privata con la qualifica di RESPONSABILE U.F. MEDICINA E PNEUMOLOGIA rapporto di lavoro LIBERO PROF. LE n.ore settimanali 36 dal FEB. 2012 al AGO 2017;
- di aver accettato l'incarico di _____ a rapporto di lavoro _____ presso l'Unità Funzionale c/o servizio _____ della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore _____ settimanali.
 - di accettare l'incarico di SPEC. APP. RESP. a rapporto di lavoro LIBERO PROF. LE presso l'Unità Funzionale c/o servizio MEDICINA della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 32 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, 18.04.2019

Firma del Medico



Per ricevuta

Firma (Il Direttore Sanitario) Prof. Lorenzo Lupo _____

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