

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO**  
ai sensi ed agli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

Il sottoscritto NADIA MOLICHELLI, nato a CAMPOBASSO  
(prov. ....) il 30/04/1972 M F ☒ Codice Fiscale MLND72D70B519T  
Comune di residenza SEGRATE (prov. MI)  
Indirizzo VIA RESIDENZA FONTANA int. 821 Cap. 20090  
consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere,  
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

ai sensi ed agli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- ☒ di essere cittadino italiano;
- ☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE  
(specificare).....
- ☒ di possedere il diploma di laurea (DL) ☐ la laurea specialistica (LS) della classe  
corrispondente in MEDICINA E CHIRURGIA  
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia -  
chimica - psicologia):
  - diploma di laurea con voto 110/110 ☐ senza lode ☒ con lode, conseguito presso  
l'Università di CATTOLICA (ROMA) in data 23/07/1997;
  - laurea specialistica/magistrale con voto ...../100 ☐ senza lode ☐ con lode conseguita  
presso l'Università di ..... in data ...../...../.....;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di MEDICO CHIRURGO  
(medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella  
sessione MAGGIO 1998 presso l'Università di CATTOLICA (ROMA)
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/dei MEDICI CHIRURGHI  
(medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine  
provinciale /regionale di CAMPOBASSO dal 30 GIUGNO 1998
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

CARDIOLOGIA ..... conseguita  
il 20/12/2001 presso l'Università di PADOVA con  
voto 70/70 ☐ senza lode ☒ con lode

..... conseguita  
il ...../...../..... presso l'Università di ..... con  
voto ..... ☐ senza lode ☐ con lode

..... conseguita  
il ...../...../..... presso l'Università di ..... con  
voto ..... ☐ senza lode ☐ con lode

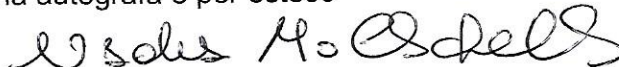
..... conseguita  
il ...../...../..... presso l'Università di ..... con  
voto ..... ☐ senza lode ☐ con lode

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- di avere svolto la seguente attività professionale, ai sensi dell'ACN 17.12.2015, nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (*indicare il servizio svolto dal 2 ottobre 2000 fino al 31 dicembre dell'anno precedente*):

Branca specialistica o area professionale	presso (2)	n. ore totali	dal	al
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 20.01.2020 ..... Firma autografa e per esteso

..... 

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di

con identificazione del dichiarante  
mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario  
\_\_\_\_\_

**Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.**

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata alla ASST di riferimento

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

Luogo, lì . 20 . 01 . 2020

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

☒ **Esprimo il consenso** ☐ **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

☒ **Esprimo il consenso** ☐ **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Firma. Esdra Modelli