

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

Il sottoscritto NADIA MOLLICHELLI, nato a CAMPOBASSO
(prov. CB) il 30/4/1972 M_ F ☒ Codice Fiscale MLNDA72D70B519T
Comune di residenza SEGRATE (prov. MI)
Indirizzo VIA RESIDENZA FONTANA int. 821 Cap. 20054
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. 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 essere cittadino del seguente Stato ed in possesso di
uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i.
(cfr. punto 1 delle "Avvertenze Generali");

- ☒ di possedere ☐ il diploma di laurea ovvero ☐ la laurea specialistica della classe
corrispondente in MEDICINA E CHIRURGIA (medicina e
chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - scienze biologiche -
chimica - psicologia) conseguita presso l'Università di CATTOLICA (ROMA) in
data 23/07/1997 (cfr. punto 2 delle "Avvertenze Generali")

con voto 110/110 ☐ senza lode ☒ con lode,
con voto/100 ☐ senza lode ☐ con lode;

- 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/degli MEDICI CHIRURGHI (medici
chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine
provinciale /regionale di CAMPOBASSO dal 30/06/1998
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

CARDIOLOGIA
presso l'Università di PADOVA conseguita il 20/12/2001
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

ovvero - per la branca di Cure palliative - della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n.145, rilasciata dalla Regione.....il...../...../.....;

- 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 (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale - APP);
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;
- di avere svolto la seguente attività professionale 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	n. ore totali	dal	al
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

- (solo per specialisti cessati dall'incarico a tempo indeterminato): di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato *(indicare il servizio svolto dal 2 ottobre 2000 fino al 31 dicembre dell'anno precedente):*

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

.....
.....
.....

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000

- di ☐ essere ☐ non essere disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzioni – art. 19, comma 12 A.C.N. 31.03.2020 e s.m.i.;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE (art.13) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 29/1/2022 Firma autografa e per esteso Mrs. M. Colicelli

La domanda deve essere compilata in stampatello, sottoscritta e trasmessa unitamente alla copia del documento di identità.