

**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. C.B.) il 30/4/1972 M\_F  Codice Fiscale MLLNDA72D70B519T  
Comune di residenza SEGRATE (prov. MILANO)  
Indirizzo VIA RESIDENZA FONTANA int. 821 Cap. 20054  
consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritieri, 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  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/delle MEDICI CHIRURGI (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 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

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 29/11/2022 Firma autografa e per esteso Maria Mollicelli

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