

Il / La sottoscritto / a _____,

nato / a a _____,

il ___ / ___ / ___, residente a _____, in _____,

con riferimento alla sostituzione del dott. / dott.ssa _____,

CRM _____,

per il periodo dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___,

dichiara

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, m. 445 e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del DPR innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del DPR n. 445/2000 cit.) che non sussistono elementi ostativi all'instaurazione di rapporti di lavoro con la Pubblica Amministrazione nonché (barrare con una X):

- di non essere oggetto di provvedimenti di sospensione dall'albo professionale oppure di provvedimenti che impediscano l'esercizio della professione medica;
oppure
- di essere sospeso dall'albo professionale della provincia di _____ fino al _____;
- di essere oggetto di un provvedimento impeditivo all'esercizio della professione medica fino al _____, emanato da _____;

- di non aver riportato condanne penali, di non avere procedimenti penali in corso, di non essere oggetto di provvedimenti restrittivi della libertà personale nonché di non essere oggetto di provvedimenti interdittivi dai pubblici uffici;
oppure
- di aver riportato le seguenti condanne penali _____ da parte della seguente autorità giurisdizionale _____, via _____, città _____ (da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale);
- di aver i seguenti procedimenti penali in corso _____ da parte della seguente autorità giurisdizionale _____, via _____, città _____;
- di essere oggetto dei seguenti provvedimenti restrittivi della libertà personale _____ da parte della seguente autorità giurisdizionale _____, via _____, città _____;
- di essere oggetto dei seguenti provvedimenti interdittivi dai pubblici uffici da parte della seguente autorità giurisdizionale _____, via _____, città _____.

Il / La dichiarante

Trieste, ___ / ___ / _____