

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE TITOLI

(art. 46 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

alla Via \_\_\_\_\_ civico \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cel. \_\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

***consapevole delle conseguenze e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 del T.U. DPR 28/12/2000, n. 445)***

### D I C H I A R A

di avere i requisiti di cui all'art. 102, co. 3, del Decreto "Cura Italia" D.L. n. 18/2020, come di seguito riportati:

- essere candidato alla Seconda Sessione – anno 2019 degli Esami di Stato per l'Abilitazione all'esercizio della Professione di Medico Chirurgo, presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_
- avere già acquisito il giudizio di idoneità nel corso del tirocinio pratico–valutativo (pre laurea) previsto dall'art. 3, del Decreto MIUR n. 58/2018  
oppure
- di avere acquisito il giudizio di idoneità nel corso del tirocinio pratico–valutativo (post laurea) ex art. 2, del Decreto MIUR n. 445/2001

*I dati personali da Lei forniti a quest'Ordine e raccolti per tutto il periodo di Sua iscrizione all'Albo, formeranno oggetto del trattamento nel rispetto della normativa vigente e per le finalità espresse nell'informativa privacy allegata e conformemente agli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività dell'Ente.*

In fede

Taranto, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_