

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ COMUNICAZIONI VARIE

(Artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

## COMPILARE IN STAMPATELLO

All'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della provincia  
di Sassari

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale

iscritto/a  Albo Medici Chirurghi e/o  Albo Odontoiatri con numero d'ordine \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, art. 47 consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

comunica i seguenti dati personali

tel. abitazione \_\_\_\_\_ tel. studio \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

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

(BARRARE I TIPI DI ATTIVITÀ SVOLTE TRA QUELLE DI SEGUITO RIPORTATE)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1 LIBERO PROFESSIONISTA                 | 10 DIPENDENTE STRUTTURA PRIVATA            | 19 PROFESSORE A CONTRATTO PER L'ANNO ACCADEMICO |
| 2 SPECIALISTA LIBERO PROFESSIONISTA     | 11 Descrizione soppressa                   | 20 LIBERO DOCENTE                               |
| 3 MEDICO DI MEDICINA GENERALE CONV. SSN | 12 DIRETTORE TECNICO                       | 21 RICERCATORE                                  |
| 4 PEDIATRA CONVENZIONATO SSN            | 13 DIRETTORE SANITARIO                     | 22 ASSISTENTE DI RUOLO AD ESAURIMENTO           |
| 5 SPECIALISTA CONVENZIONATO ESTERNO SSN | 14 MEDICO PENSIONATO dal ___ / ___ / _____ | 23 PROFESSORE INCARICATO STABILIZZATO           |
| 6 SPECIALISTA ESERCITANTE SSN           | 15 MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE      | 24 PROFESSORE STRAORDINARIO II FASCIA           |
| 7 OSPEDALIERO                           | 16 PROFESSORE ORDINARIO                    | 25 RICERCATORE NON CONFERMATO                   |
| 8 UNIVERSITARIO                         | 17 PROFESSORE STRAORDINARIO I FASCIA       | 26 DIRETTORE GENERALE                           |
| 9 DIPENDENTE ENTE PUBBLICO              | 18 PROFESSORE ASSOCIATO                    | 27 CTU  |

Branca specialistica esercitata \_\_\_\_\_

(COMPILARE SOLO SE DIPENDENTE O CONVENZIONATO ANCORA IN ATTIVITÀ)

dipendente  convenzionato con il SSN presso  
 ASSL n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  AOU di \_\_\_\_\_  
Regione \_\_\_\_\_ data inizio rapporto \_\_\_\_\_

OPPURE

dipendente del seguente Ente \_\_\_\_\_ data inizio rapporto \_\_\_\_\_

**In caso di variazioni dei dati su indicati, il/la sottoscritto/a, si impegna a darne tempestiva comunicazione all'Ordine.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)**, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. Alla dichiarazione presentata, da persona diversa dal richiedente o tramite posta, fax e posta elettronica deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**