

_____ n. _____
telefono _____ cellulare _____ mail _____

4) di essere domiciliato al seguente indirizzo (*da compilare solo se diverso dalla residenza*):

Comune di _____ CAP _____
Prov. _____ località _____ Via/Piazza _____
_____ n. _____

5) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito nell'anno _____ presso _____ L'università _____ di _____

con sede in _____ Via/Piazza _____ tel. _____

6) di essere in possesso della Specializzazione in _____ conseguita nell'anno _____ presso _____

con sede in _____ Via/Piazza _____ tel. _____

7) di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ (n. iscrizione _____) ovvero (per i cittadini stranieri) di essere abilitato all'esercizio della Professione Medica nell'Ordinamento di provenienza.

8) SOLO PER I CITTADINI STRANIERI

- di essere in regola con la vigente normativa che disciplina l'immigrazione e la condizione di straniero;
- di essere in possesso del Visto/Permesso di soggiorno rilasciato da: _____ valido fino alla data _____;

9) di aver preso visione e di conoscere le prescrizioni contenute nel regolamento sulla Fellowship dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana approvato con Deliberazione del Commissario n. 183 del 29/05/2018.

13) di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essi allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate dal DPR 445/2000, oltre alla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere.

14) di essere a conoscenza che la domanda di ammissione potrà essere inviata anche tramite casella di posta Elettronica Certificata (PEC), esclusivamente in un unico file formato PDF, al seguente indirizzo : **pec-aoupisana@legalmail.it**.

15) di autorizzare l'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana al trattamento dei dati personali e

sensibili, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003.

Il/La sottoscritto/a dichiara che tutta la documentazione allegata in copia è conforme all'originale.

Allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e Data _____

Firma _____

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n.° 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ Prov.
_____ il _____ residente in _____ CAP _____ Prov. _____ Via
_____ n.° _____ C.F. _____ consapevole delle sanzioni
penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.
76 del D.P.R. n.° 445/2000

DICHIARA

DATA _____ FIRMA _____

=====

Dichiaro di essere informato di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e degli effetti da questo conseguenti e di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.°445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ Prov.
_____ il _____ residente in _____ CAP _____ Prov. _____ Via
_____ n.° _____ C.F. _____ consapevole delle sanzioni
penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.
76 del D.P.R. n.°445/2000

D I C H I A R A

DATA _____ FIRMA _____

=====

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e degli effetti da questo conseguenti e di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione

N.B. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato alla presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.