

ALL'ASP DI RAGUSA
Piazza Igea n. 1
97100 Ragusa

c.a. Direttore del Distretto di _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
(cognome) (nome)

nato/a _____ () il _____
(prov.)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA:

di non essere titolare di rapporti convenzionali con il SSN e di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della provincia di _____

oppure

di essere titolare del seguente rapporto convenzionale con il SSN:

tipologia _____ ASP di _____ cod. reg. n. _____ N. Assistiti _____

Inoltre

DICHIARA:

- **di accettare di sostituire**, ai sensi dell'art. 37 ACN MMG vigente/ art. 36 ACN Pediatria vigente, il dott./la dott.ssa _____, convenzionato/a con l'ASP di Ragusa dal _____ al _____;
- **di non essere incompatibile ai sensi degli Accordi collettivi nazionali, regionali ed aziendali di categoria ed in particolare ai sensi dell'art. 17 ACN MMG vigente/art. 17 ACN Pediatria vigente.**

Luogo e data

Il/La Dichiarante

.....
.....
Ai sensi dell'art. 38 , D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente tramite un incaricato, oppure a mezzo posta o mail.



La sottoscrizione del presente documento è stata apposta in mia presenza, previo accertamento dell'identità del sottoscrittore.

Luogo e data

A.S.P. RAGUSA
IL FUNZIONARIO