

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

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

nato/a 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. \_\_\_\_\_

Inoltre

**DICHIARA:**

di essere specialista in pediatria o disciplina equipollente;

di avere sostituito nei giorni e per il numero di ore sottoindicati il/la dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, rappresentante sindacale FIMP, assente per svolgimento attività sindacale.

Data .....	n. ore di sostituzione effettuate

**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.***