

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'

(Art. 1 L. 15 Maggio 1997 n. 127-art.1 D.P.R. 20 Ottobre 1998 n. 403 Artt. 38-47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a FUCA' GIUSEPPE nato/a a

Palermo il 13/03/1961 residente in Palermo

via Rapisardi, 72 documento d'identità n. A4 0065475

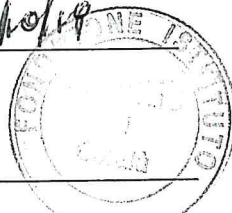
rilasciato da CORRONE PALERMO Codice Fiscale FCU GPP 61 C139273F

Dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui si incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445. Ai sensi dell'art.23 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (codice di protezione dei dati personali) accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

DICHIARA

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Palermo nell'anno 1986;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 1986;
- di aver conseguito la specializzazione in Ginecologia e Ostetricia nell'anno 1987 presso l'Università di Palermo;
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di Palermo al n. 9859;
- di aver prestato servizio presso:
 - L'Università di _____ AOUP _____ con la qualifica di _____ disciplina _____ rapporto di lavoro _____ n.ore settimanali _____ dal _____ al _____;
 - L'ASP di _____ / A.O. _____ con la qualifica di _____ disciplina _____ rapporto di lavoro _____ n.ore settimanali _____ dal _____ al _____;
 - Casa di Cura Privata con la qualifica di Hermano rapporto di lavoro U.B. Prof. 65 n.ore settimanali 19 dal 31/10/19 al 09/11;
- di aver accettato l'incarico di Hermano a rapporto di lavoro U.B. Prof. presso l'Unità Funzionale e/o servizio OST. GIN. della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 26 settimanali.
 - di accettare l'incarico di _____ a rapporto di lavoro _____ presso l'Unità Funzionale e/o servizio _____ della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore _____ settimanali.
- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

Il sottoscritto si impegna a comunicare per iscritto l'eventuale incompatibilità che dovesse insorgere in futuro e eventuali variazioni su quanto autocertificato.

Cefalù li, 31/10/19

Per ricevuta
Fondazione _____

Firma del Medico
GIUSEPPE FUCA'
GINECOLOGO
Via M. Rapisardi, 72 - 90145 Palermo
Tel. 091.303198
P. IVA 07097460820
Iscrit. Albo Palermo 9854


- Allegare alla presente fotocopia documento d'identità in corso di validità