

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 Ri GATTI Patrizio nato/a a

SIENA il 4/12/1941 residente in MILANO

via A. DRIANI, 6 documento d'identità n. AN 2764045

rilasciato da COMUNE TUSCANO Codice Fiscale 74119741045726V

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.

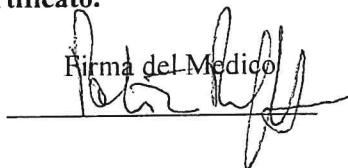
DICHIARA

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di SIENA nell'anno 1968;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 1968;
- di aver conseguito la specializzazione in UROLOGIA nell'anno 1971 presso l'Università di SIENA;
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di MILANO al n. 13407;
- 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 rapporto di lavoro n.ore settimanali dal al;
- di aver accettato l'incarico di Medico a rapporto di lavoro di B. Prof. Lo presso l'Unità Funzionale e/o servizio UROLOGIA della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 12 settimanali.
 - di accettare l'incarico di 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, 10/1/2018

Firma del Medico



Per ricevuta
Fondazione _____



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