

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 SORRENTINO DARIO nato/a a PALERMO il 25/03/1953 residente in CEFALU'
via DEI GERANI 18 documento d'identità n. CA46630CV
rilasciato da COMUNE DI CEFALU' Codice Fiscale SSR.DRA.53A259273B

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.

DICHLARA

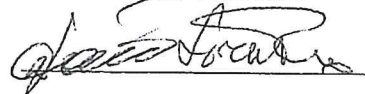
- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di PALERMO nell'anno 1980;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 1982;
- di aver conseguito la specializzazione in RADIOLOGICA nell'anno 1982 presso l'Università di PALERMO;
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di PALERMO al n. 7546;
- di aver prestato e/o prestare servizio presso:
 - U.O./Servizio Radiologia a rapporto di lavoro LIBERO PROFILI presso la Fondazione Istituto San Raffaele G.Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di numero ore settimanali;
- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

In caso di altri rapporti lavorativi, precisare la struttura o lo studio, e il tipo di rapporto intercorrente:

Il sottoscritto si impegna a comunicare per iscritto l'eventuale incompatibilità che dovesse insorgere in futuro.

Cefalù li, 08/03/2019

Firma del Medico



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