



## Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

(Art. 47 d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)  
residente in \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle dichiarazioni penali richiamate dall'art. 76 d.p.r. n. 445§/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti

### DICHIARA

*di aver presentato domanda per sostenere l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di Medico chirurgo 1° sessione 2019.*

- 1) che il proprio medico di base nella provincia di  Siena,  Arezzo,  Grosseto è il dott. \_\_\_\_\_;
- 2) di non avere medico di base nella provincia di Siena, Arezzo o Grosseto;
- 3) di impegnarsi a ritirare i tre libretti diario necessari per lo svolgimento della prova pratica di tirocinio prima dell'inizio della stessa previsto per il giorno 10 aprile 2019;
- 4) di aver presentato al Magnifico Rettore dell'Università \_\_\_\_\_ domanda di partecipazione agli esami di laurea e che conseguirà il titolo nella classe  46/s  LM-41 il giorno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ firma leggibile \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

### AVVERTENZE

Spuntare la casella 1 e compilarla o, in alternativa, spuntare la casella 2  
La casella 4 deve essere compilata dai laureandi

**Firmare in presenza del funzionario ricevente o inviare la dichiarazione già firmata allegando la copia fotostatica di un documento di identità.**

Il modulo va utilizzato per tutti gli stati, fatti e qualità personali che siano a diretta conoscenza dell'interessato e richiesti dalle norme (es.: dichiarazione relativa al medico di base).