

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____
in servizio di ruolo presso la U.O. _____
del Presidio/Distretto di _____
inquadrate nella disciplina _____

Dichiara

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze di natura civile e penale che potrebbero derivare da dichiarazioni false o mendaci, di essere in possesso dei seguenti titoli di specializzazione o equiparati (comprese idoneità):

1. _____
conseguito in data _____
presso _____
2. _____
conseguito in data _____
presso _____
3. _____
conseguito in data _____
presso _____

Luogo e Data _____

In Fede
IL PROFESSIONISTA
