

### 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 GIANNINO BUNDA nato/a a PACERNO il 21/12/73 residente in PACERNO via FORNUS NABUC documento d'identità n. A40049680 rilasciato da COMUNE DI PACERNO codice Fiscale BCL2UT737214700X

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 PACERNO nell'anno 2000;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 2001;
- di aver conseguito la specializzazione in ANESTESIA RIANIMAZIONE nell'anno 2004 presso l'Università di PACERNO;
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di TRAPANI al n. 3047;
- di aver prestato servizio presso:
  - L'Università di PACERNO AOUP con la qualifica di ANESTESISTA disciplina ANESTESIOLOGIA rapporto di lavoro SPERIMENTAZIONE 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 ANESTESISTA rapporto di lavoro LIBERO PROF. n.ore settimanali 14 dal 02/02/04 al 23/9/19
- di aver accettato l'incarico di ANESTESISTA a rapporto di lavoro LIBERO PROFESSIONALISTA presso l'Unità Funzionale e/o servizio \_\_\_\_\_ della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 24 settimanali.
  - di accettare l'incarico di ANESTESISTA a rapporto di lavoro LIBERO PROF. presso l'Unità Funzionale e/o servizio \_\_\_\_\_ della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 24 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, \_\_\_\_\_

Per ricevuta  
Fondazione \_\_\_\_\_

Firma del Medico  


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