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 GASPARE Cucinella nato/a a PALERMO il 15-05-1962 residente in PALERMO via ISONZO N° 5 documento d'identità n. AZ 1035353 rilasciato da Comune di Palermo Codice Fiscale CCN GPR 62 E 15 G273U

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 PALERMO nell'anno 1992;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 1992 2ª SESSIONE;
- di aver conseguito la specializzazione in Radiologia nell'anno 1998 presso l'Università di PALERMO;
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di PALERMO al n. 11456;
- di aver prestato servizio presso:
  - L'Università di PALERMO AOUP ____ con la qualifica di Radiologo disciplina Radiologia rapporto di lavoro LIBERO - PROFESSIONALE n.ore settimanali ____ dal 1999 al 2002;
  - 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 Radiologo - Sanitario a rapporto di lavoro LIBERO - PROFESSIONALE presso l'Unità Funzionale e/o servizio Radiologia della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 10 settimanali.
  - di accettare l'incarico di Radiologo - Sanitario a rapporto di lavoro LIBERO - PROFESS presso l'Unità Funzionale e/o servizio Radiologia della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 10 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 lì, 11/02/2019

Firma del Medico
Gaspare Cucinella

Per ricevuta
Fondazione ____

FONDAZIONE ISTITUTO G. GIGLIO CEFALÙ

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