

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 PAULONA LUCA nato/a a CASALINI il 02/04/54 residente in CEFFALU' (PA) via SPADA FORNA LI documento d'identità n. AA 9728 260 rilasciato da COTUNO (PA) Codice Fiscale RMN LNS4062B354J

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 CASALINI nell'anno 1981;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 1981;
- di aver conseguito la specializzazione in ORTODONZIA E C.N. nell'anno 1986 presso l'Università di CASALINI;
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di PAZANO al n. 7738;
- di aver prestato servizio presso:
  - L'Università di \_\_\_\_\_ AOUP \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_ rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ n.ore settimanali \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
  - L'ASP di PAZANO / A.O. OSI - CIN con la qualifica di IN - RINNO disciplina OSI - CIN rapporto di lavoro IN RINNOVATE n.ore settimanali 38 dal 1/7/86 al 31/5/2017;
  - Casa di Cura Privata con la qualifica di IN. RINNO rapporto di lavoro IN RINNOVATE n.ore settimanali 38 dal 1/6/17 al 31/12/18;
- di aver accettato l'incarico di PAZANO a rapporto di lavoro UB. PROF. LE presso l'Unità Funzionale e/o servizio OSI - CIN della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 36 settimanali.
  - di accettare l'incarico di \_\_\_\_\_ a rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ presso l'Unità Funzionale e/o servizio \_\_\_\_\_ della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore \_\_\_\_\_ 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, 18/2/19

Firma del Medico [Signature]

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



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