

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 TUONE ANTONINO nato/a a

Palermo il 12/1/1950 residente in Palermo

via LE SALLE SIVARCO documento d'identità n. 15 7702 855

rilasciato da COMUNE DI PALERMO Codice Fiscale PTN NNN 30 P12 92439

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.

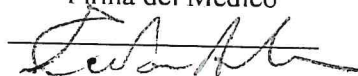
DICHIARA

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Palermo nell'anno 1974;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione nell'anno 1974;
- di aver conseguito la specializzazione in ANESTESIA E RIANIMAZIONE nell'anno 1977 presso l'Università di TRINTE;
- di essere iscritto all'albo professionale della provincia di Palermo al n. 5339;
- 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 _____ / 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 dir. medico a rapporto di lavoro ub. 12 ore presso l'Unità Funzionale e/o servizio ANESTESIA della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù offrendo una disponibilità oraria di n. ore 12 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, 11/10/14

Firma del Medico



Per ricevuta
Fondazione _____

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