DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto _____nato a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____,
dichiara che alla data della presente dichiarazione è in possesso di un'assicurazione per rischio professionale medico che copra anche per attività svolte in strutture pubbliche con postuma decennale e garanzia anche delle attività chirurgiche e i rischi connessi:

☐ **Sì**
☐ **No**

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false o mendaci, dichiara, sotto la propria personale responsabilità che quanto indicato nel presente documento corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Data	Firma

S'informa che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e successive modifiche e/o integrazioni alla luce del Regolamento (UE) 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali sulla tutela dei dati personali, i dati raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione dei compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

Data	Firma