

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità penali conseguenti alle dichiarazioni non veritiere ex art 46 DPR 445/00

DICHIARA

- Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente in \_\_\_\_\_
- di essere cittadino \_\_\_\_\_
- di godere di diritti politici \_\_\_\_\_
- di essere di Stato Civile \_\_\_\_\_
- di non aver riportato condanne penali \_\_\_\_\_
- di non sapere di essere sottoposto a procedimenti penali \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- di non avere cause ostantive e/o incompatibilità a contrattare con la Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_
- di non avere pendenti contenziosi giudiziali o stragiudiziali con l'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio \_\_\_\_\_
- di essere in possesso dei seguenti titoli di specializzazione, aggiornamento e/o qualificazione \_\_\_\_\_

Di avere preso piena conoscenza e di accettare le condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico/Regolamento per il conferimento degli incarichi adottato con deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Data

Il Consulente

Dott. \_\_\_\_\_

Dichara di accettare espressamente le condizioni di cui agli art.4, 5, 7 e 9 del Regolamento cit. ai sensi dell'art 1341 c.c.

Data

Il Consulente

Dott. \_\_\_\_\_