

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA
SOSTOTUTIVA**



Ufficio Specialistica Ambulatoriale
e-mail: specialistica.ambulatoriale@asmbasilicata.it

*Il numero e la data di protocollo sono
generati automaticamente dal sistema
(DPCM 3.12.2013, art. 20)*

**SCHEDA RIASSUNTIVA DA UTILIZZARE PER LE PUBBLICAZIONI IN CUI SIANO RICHIESTE PARTICOLARI
CAPACITA' PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 21 COMMA 4 DEL VIGENTE A.C.N.**

La scheda è stata predisposta per rendere evidenti le competenze dei candidati rispetto ad ogni singolo requisito presente nell'Avviso I trimestre 2025 pubblicato sul sito della Specialistica Ambulatoriale dell'ASM. Trattandosi di una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto a condizioni oggettive quali: specifiche attività svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale, attività di formazione specifica. Qualora tra i requisiti richiesti sia previsto anche l'aver svolto una formazione e/o un'attività specifica certificata o documentata i candidati devono produrre un'attestazione/certificazione rilasciata a cura del rappresentante legale dell'ente.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 19 e art. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (_____) il _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti;
richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, e in riferimento ai requisiti richiesti nell'Avviso
I trimestre 2025 prot. n. _____ del _____,
Branca specialistica/Area professionale _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

Requisito 1:

Requisito 2:

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Requisito 3:

Requisito 3:

Requisito 4:

Requisito 5:

Altre informazioni di rilievo:

Data _____

Firma _____

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA