

AUTOCERTIFICAZIONE CORSO FSMG

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, nato/a a _____ il _____, residente in _____ CAP _____ alla Via _____ n. _____ codice fiscale _____ informato/a su quanto previsto dal Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni e integrazioni e consapevole delle sanzioni penali, previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.,

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, di essere in possesso dell'attestato del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data _____ presso _____.

Allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma