**AUTOCERTIFICAZIONE ISCRIZIONE ALBO ORDINE PROFESSIONE**

**(D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa Nato/a a Prov. \_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale , residente in -Prov. Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella qualità di vincitore/trice del concorso per l’accesso alle Scuole di Specializzazione riservate ai medici SSM A.A. 2024-2025, di un posto aggiuntivo finanziato dalla Regione Siciliana ai sensi dell’art. 2 comma K del Decreto Ministeriale n. 1054 del 7 agosto 2025

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

* di essere nato/a in Sicilia o di essere residente in Sicilia da almeno 3 anni dalla data di scadenza pe rla presentazione della domanda di partecipazione al concorso nazionale ovvero al 10 giugno 2025;
* di non avere beneficiato di un contratto di formazione specialistica aggiuntivo finanziato dalla Regione Siciliana
* di essere iscritto presso uno degli ordini dei medici della Regione Siciliana all’atto della firma del contratto di formazione specialistica ovvero prima dell’avvio delle attività formative

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000

Luogo e Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome per esteso e Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al modulo deve essere allegata la fotocopia, fronte e retro, chiaramente leggibile, di un documento di identità in corso di validità.