

Autocertificazione ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000

**Iscrizione Albo Professionale dei Medici-Chirurghi e possesso dell'Identità Digitale
Concorso (SSM 2023/2024)**

Io sottoscritto/a

Dr./Dr.ssa _____

nato/a il _____ a _____

codice fiscale _____

ai sensi e per gli effetti del T.U.-DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U.-DPR n.445/2000),

dichiaro

- di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Medici – Chirurghi della provincia di _____ a far data dal _____

oppure

- di NON essere attualmente iscritto/a a nessun Albo Professionale dei Medici – Chirurghi, ma di impegnarmi ad effettuare l'iscrizione all'Albo Professionale dei Medici – Chirurghi della provincia di _____
entro la data del 1 novembre 2024;

dichiaro inoltre

- di essere in possesso di identità digitale di cui al Sistema pubblico SPID¹ rilasciata da _____ che risulta nell'elenco degli Identity Provider Accreditati da AGID (Agenzia per l'Italia digitale).

Data e luogo

Firma

¹ Sistema Pubblico di Identità Digitale SPID <https://www.spid.gov.it/>