

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46)**

.....I..... sottoscritt..... nat..... il .....  
a ..... Prov. .... e residente a .....  
Prov. .... in via/p.zza ..... n. ....  
c.a.p. .... documento di riconoscimento .....  
n. .... rilasciato da ..... il .....  
ai fini dell'iscrizione nell'elenco dei medici di bordo supplenti di cui al R.D. 29 settembre 1895, n. 636, art. 29-ter,

**DICHIARA:**

1. per quanto riguarda l'attestazione relativa alla "sufficiente cultura nelle discipline igieniche" di essere in possesso della/del seguente qualifica professionale/titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento, di qualificazione tecnica:

- .....  
.....
- a) conseguita/o in data ..... presso .....
  - b) rilasciata/o da .....  
..... in data .....
  - c) per aver frequentato dal ...../...../..... al ...../...../..... in qualità di .....  
..... la seguente struttura:  
.....

2. per quanto riguarda l'attestazione relativa alla "provata abilità nell'esercizio pratico della medicina" di essere in possesso della/del seguente qualifica professionale/titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento, di qualificazione tecnica:

- .....  
.....
- a) conseguita/o in data ..... presso .....
  - b) rilasciata/o da .....  
..... in data .....
  - c) per aver frequentato dal ...../...../..... al ...../...../..... in qualità di .....  
..... la seguente struttura:  
.....

3. per quanto riguarda l'attestazione relativa alla "provata abilità nell'esercizio pratico della chirurgia" di essere in possesso della/del seguente qualifica professionale/titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento, di qualificazione tecnica:

- .....  
.....
- a) conseguita/o in data ..... presso .....

b) rilasciata/o da .....  
..... in data .....

c) per aver frequentato dal ...../...../..... al ...../...../..... in qualità di .....  
..... la seguente struttura:  
.....

4. per quanto riguarda l'attestazione relativa alla "provata abilità nell'esercizio pratico dell'ostetricia" di essere in possesso della/del seguente qualifica professionale/titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento, di qualificazione tecnica:

.....  
.....

a) conseguita/o in data ..... presso .....

b) rilasciata/o da .....  
..... in data .....

c) per aver frequentato dal ...../...../..... al ...../...../..... in qualità di .....  
..... la seguente struttura:  
.....

5. dichiara altresì.....  
.....  
.....  
.....

...I... sottoscritt... è consapevole:

1. di essere penalmente sanzionabile in caso di rilascio di falsa dichiarazione (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000);
2. di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base di false dichiarazioni (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000).

**AVVERTENZE IMPORTANTI**

**L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000).**

**I dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (art. 10 della legge n. 675/1996).**

Data .....

.....

(firma)