



**AUTOCERTIFICAZIONE TITOLI DEL CURRICULUM VITAE
PRESENTATO PER L'INSERIMENTOITO NEL
REGISTRO ITALIANO DEI FLEBOLOGI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)**

Alla Commissione di Valutazione del Registro Italiano dei Flebologi,

Io Sottoscritto/a _____

**CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI
DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO AD ATTI FALSI, SECONDO QUANTO
PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,
DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:**

-di essere nato/a a _____ il _____

-di essere cittadino/a _____ di essere residente in _____ CAP _____

Via _____ Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____

DICHIARA

- Di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voti _____
- Di aver conseguito l'Abilitazione Professionale in data _____
- Di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in:
_____ Università _____ anno _____
_____ Università _____ anno _____
_____ Università _____ anno _____

Il sottoscritto è consapevole che il dati acquisiti saranno trattati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni ed alle finalità istituzionali della Società Italiana di Flebologia' e dell'Associazione Flebologica Italiana; Tali dati verranno inseriti nei Siti Internet del Registro e delle Società. Al sottoscritto è garantito il diritto di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 ed in particolare:

- l'aggiornamento, la rettificazione ovvero l'integrazione dei dati forniti;
- la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati.

GLI INDIRIZZI E-MAIL SARANNO INSERITI SOLO CON IL MIO CONSENSO : SI..... NO.....

Data _____

Firma _____

Allegare FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO d'identità (ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000) , foto preferibilmente formato tessera e curriculum vitae in Word

Inviare il tutto per e-mail ad uno dei componenti la Commissione o all'indirizzo info@registroitalianoflebologi.it