

**MINISTERO DELLA SALUTE**

Direzione Generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del s.s.n.

Uff. VII

Via Giorgio Ribotta, 5– 00144 ROMA

MODELLO G1
Medico specialista

Domanda per il rilascio dell'Attestato di conformità alle direttive comunitarie del titolo di

MEDICO SPECIALISTA

conseguito in Italia da cittadini comunitari e non comunitari

(da compilare in stampatello)

**APPORRE
MARCA DA BOLLO**(l'importo della marca da bollo è
Indicato nell'allegato G1)

La / Il Sottoscritta/o,

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

Sesso

M

F

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPIO

In possesso del Titolo di specialista in:

Titolo - Title - Diplome - Titel - Título

Conseguito presso:

UNIVERSITA' - UNIVERSITY - UNIVERSITE' - UNIVERSITAT - UNIVERSIDAD

Immatricolato al corso di specializzazione, in data

della durata di anni

**Domanda a codesto Ministero, ai sensi della vigente normativa comunitaria, il rilascio
dell'ATTESTATO DI CONFORMITA' del titolo di: MEDICO SPECIALISTA
e, a tal fine, allega la dichiarazione sostitutiva di certificazioni di cui all'*Allegato G1***

La / il sottoscritta/o, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,
ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- di non avere riportato condanne penali, di non aver riportato sanzioni amministrative e disciplinari relativamente al campo professionale sia in Italia che nel Paese d'origine e/o di provenienza;

- di essere nata/o a

LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LIEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE NASCIMENTO

STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSSTAAT - ESTADO DE NASCIMENTO

il

DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE
GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMENTO

- di essere cittadina/o

CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHÖRIGKEIT, CIUDADANIA

- di voler utilizzare l'Attestato di conformità nel seguente Stato membro della U.E., ovvero nella Confederazione svizzera, ovvero nel seguente Paese dell'Area SEE:

La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito:

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPIO

Via/piazza

INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

n.

CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

PROV.

CAP - POST CODE

STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO

N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL. - TEL. NUMMER - N. TEL.

N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX

N. CELLULARE

E-MAIL

DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA

In fede

FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA

L'Ufficio si impegna a trattare i dati personali contenuti nella presente domanda ai sensi del D.Lgs. 196/2003.