

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA  
SOSTOTUTIVA



Ufficio Specialistica Ambulatoriale  
e-mail: [specialistica.ambulatoriale@asmbasilicata.it](mailto:specialistica.ambulatoriale@asmbasilicata.it)

---

Il numero e la data di protocollo sono  
generati automaticamente dal sistema  
(DPCM 3.12.2013, art. 20)

**SCHEDA RIASSUNTIVA DA UTILIZZARE PER LE PUBBLICAZIONI IN CUI SIANO RICHIESTE PARTICOLARI  
CAPACITA' PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 21 COMMA 4 DEL VIGENTE A.C.N.**

La scheda è stata predisposta per rendere evidenti le competenze dei candidati rispetto ad ogni singolo requisito presente nell'Avviso I trimestre 2025 pubblicato sul sito della Specialistica Ambulatoriale dell'ASM. Trattandosi di una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto a condizioni oggettive quali: specifiche attività svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale, attività di formazione specifica. Qualora tra i requisiti richiesti sia previsto anche l'aver svolto una formazione e/o un'attività specifica certificata o documentata i candidati devono produrre un'attestazione/certificazione rilasciata a cura del rappresentante legale dell'ente.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
(art. 19 e art. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti;  
richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, e in riferimento ai requisiti richiesti nell'Avviso  
I trimestre 2025 prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,  
Branca specialistica/Area professionale \_\_\_\_\_

DICHIARA QUANTO SEGUE

Requisito 1:

Requisito 2:

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA**

Requisito 3:

Requisito 3:

Requisito 4:

Requisito 5:

Altre informazioni di rilievo:

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_