

**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 2024/2025)**

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 2025;**

**dichiaro inoltre**

- di essere in possesso di identità digitale di cui al Sistema pubblico SPID<sup>1</sup> rilasciata da \_\_\_\_\_ che risulta nell'elenco degli Identity Provider Accreditati da AGID (Agenzia per l'Italia digitale).

Data e luogo

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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