

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
**DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.**

Il/la sottoscritto/a CHIARI GIUSEPPINA  
(cognome) (nome)

nato a CREMONA (CR) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a MALAGNINO (CR) in Via SAN GIACOMO n. 10  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

indirizzo mail personale \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

**TITOLO STUDIO CONSEGUITO**

- LAUREA Medicina e Chirurgia** conseguita il 20.03.1987 presso Università Statale di Milano
- SPECIALIZZAZIONE Medicina Fisica e Riabilitazione** conseguita il 07.07.1993 presso Università Statale di Milano

**ABILITAZIONE (solo per dirigenti medici)**

Conseguita il 1° sessione 1987 presso Università Statale di Milano

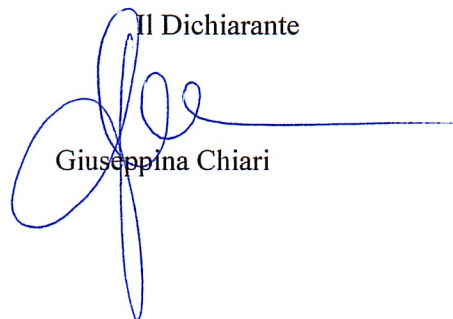
**ISCRIZIONE ALBO/ORDINE**

Tipo Albo Medici provincia/regione Cremona / Lombardia progressivo nr. 1828 dal 1987

**ALTRI TITOLI**

- diploma in agopuntura
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

.....Cremona 02.05.22.....  
(luogo, data)

Il Dichiarante  
  
Giuseppina Chiari

**SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO**  
ALLEGO FOTOCOPIA FRONTE-RETRO DEL SEGUENTE DOCUMENTO D'IDENTITA':  
Tipologia: C.I. \_\_\_\_\_ rilasciato il 07.06.2013 da Comune di Malagnino (CR)