

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a SCAU BEATRICE MARIA nato a ROMA (RM) il  
13/01 residente a ROMA (RM), in via LEONE XIII n.  
464

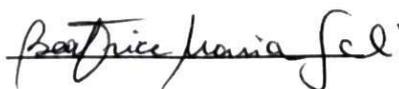
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

- di appartenere/non appartenere ad Associazione/Organizzazione, il cui ambito di interesse interferisce con lo svolgimento della mia attività di collaboratore professionale di MEDICO VACCINATORE;
  - se affermativo specificare l'Associazione/Organizzazione di appartenenza:
    - SCUOLA di SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA INTERNA
- di aver avuto/non aver avuto, negli ultimi tre anni, rapporti diretti/indiretti, di collaborazione con soggetti privati;
  - se affermativo specificare il soggetto privato:
    - \_\_\_\_\_
    - \_\_\_\_\_
    - \_\_\_\_\_
- che i predetti rapporti di collaborazione sono intercorsi/intercorrono con soggetti che hanno/non hanno interessi in attività o decisioni inerenti l'ufficio di assegnazione e/o con l'incarico a me conferito;
- di impegnarsi ad informare tempestivamente il proprio Responsabile qualora successivamente alla presente sottoscrizione il medesimo, il coniuge, il convivente, i parenti o affini entro il secondo grado avessero rapporti diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti il mio incarico;
- di aver preso visione e di accettare quanto previsto in materia di conflitto di interessi dagli artt. 5 e 6 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e del Codice di Comportamento aziendale.

Data e luogo ROMA 19/05/2021

IL DICHIARANTE





## RICHIESTA DI ACCREDITO STIPENDIO SU CONTO CORRENTE BANCARIO

Il/la sottoscritt@ SCAU BEATRICE MARIA chiede con la

presente che le competenze stipendiali a decorrere dal 19/05/2021

vengano accreditate sul conto corrente:

ISTITUTO BANCARIO INTESA SAN PAOLO (ISP) SPA

AGENZIA 04198 INDIRIZZO VIA RAHAZZOTTI, 24, MONZA (MB)

### COORDINATE IBAN (27 cifre)

IT 58 N 03069 20403 10000 00008305

Data e luogo, ROMA 18/05/2021  
IL DICHIARANTE

  
(firma per esteso e leggibile)



Il/la sottoscritto/a SCU BEATRICE MARIA dichiara, sotto la propria responsabilità:

- di non essere affetto da alcuna invalidità riconosciuta da enti pubblici, né titolare di pensione di invalidità;
- di essere affetto da invalidità civile riconosciuta da enti pubblici e di essere titolare di pensione di invalidità. Indicare la percentuale di invalidità \_\_\_\_\_
- di appartenere alla seguente categoria protetta:
- orfano o coniuge superstite di coloro che sono deceduti per causa di lavoro/guerra/servizio ovvero in conseguenza dell'aggravarsi dell'invalidità riportata per tali cause;
  - coniuge o figlio di soggetti riconosciuti grandi invalidi per causa di guerra/servizio/lavoro e dei profughi italiani rimpatriati.

Data e Luogo, ROMA 19/5/2021

IL DICHIARANTE

Beatrice Maria Scu  
(firma per esteso e leggibile)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
Art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445

Il/la sottoscritt/a SCAU BEATRICE MARIA  
consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed  
uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445

DICHIARA

- 1) di essere nato/a a ROMA prov. RM il 7/3/1991
- 2) di essere in possesso della cittadinanza ITALIANA
- 3) di essere cittadino italiano secondo le risultanze del Comune di ROMA
- 4) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ROMA e di godere dei diritti politici
- 5) di essere (indicare stato civile: nubile - donne /celibe - uomini) NUBILE
- 6) di essere nella seguente posizione agli effetti militari /
- 7) di essere iscritto nell'albo D.M. ROMA prov. RM con il n. 63927
- 8) di essere in possesso del seguente titolo di studio LAUREA IN MEDICINA E  
CHIRURGIA (LAUREA A CUO UNICO)
- 9) di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione \_\_\_\_\_
- 10) di non aver riportato/aver riportato condanne penali e di non aver/aver procedimenti penali in corso (**precisare le condanne eventualmente riportate; in caso contrario cancellare la dizione "aver riportato"**)

11) che il proprio codice fiscale è il seguente SCUBRC91C47H501T

Ai sensi della legge n. 675/1996 si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati.

Data e luogo, ROMA 19/5/2021

IL DICHIARANTE

Beatrice Maria Scau  
(firma per esteso e leggibile)

Il/la sottoscritto/a SCALI BEATRICE MARIAdi GERARDO e di UCCHINCHI ANNA ROSA  
(indicare il nome del padre e il nome e cognome della madre)Qualifica MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICAData inizio collaborazione 19/5/2021Residente a ROMA prov. RMVia LEONE XIII n. 464 cap. 00165Domiciliato/a a MONZA prov. MBVia BOITO n. 12 cap. 20900Tel. fisso 06 63 6295 Cell. 3479776002Indirizzo di posta elettronica beatrice.scali@gmail.comIndirizzo di posta elettronica certificata (PEC) beatrice.scali@omceoromapec.itData e luogo, ROMA 19/5/2021

IL DICHIARANTE

Beatrice Maria Scali  
(firma per esteso e leggibile)