

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il/ la sottoscritto/a dott./dr.ssa _____

nato/a a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

dichiara

a) di essere titolare di incarico di continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ dal _____;

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale pari a mesi _____, e precisamente:

dal _____ al _____ presso l'Azienda sanitaria provinciale di _____ della Regione _____;

dal _____ al _____ presso l'Azienda sanitaria provinciale di _____ della Regione _____;

dal _____ al _____ presso l'Azienda sanitaria provinciale di _____ della Regione _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma (2) (3) _____

(1) ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.