

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/00)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA ( vedi i seguenti esempi):

- di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sottoelencati sono conformi agli originali di cui è in possesso o il cui originale è depositato presso \_\_\_\_\_;
- di prestare (o aver prestato servizio ) in qualità di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica presso \_\_\_\_\_ con rapporto di dipendenza a tempo pieno o con impegno orario settimanale pari a ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- di prestare ( o aver prestato ) servizio come Tecnico Sanitario di Radiologia Medica con rapporto \_\_\_\_\_ ( co.co.co.; co.pro.; libero professionale/consulente etc.) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ( specificare se trattasi di struttura pubblica o privata );

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 445/00 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda USL n.8, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs.196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Cagliari, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante\* \_\_\_\_\_

\*la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante **può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**