

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
(D.P.R. 445/2000)

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

D I C H I A R A (*vedi i seguenti esempi*):

- ◆ di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati 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 medico (indicare disciplina) \_\_\_\_\_ 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 medico (indicare disciplina) \_\_\_\_\_ con rapporto \_\_\_\_\_ (co.co.co; co.pro.; libero professionale/consulente etc.) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata);
  
- ◆ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di Medico convenzionato (specificare: medico di guardia medica; continuità assistenziale; specialista ambulatoriale nella branca \_\_\_\_\_ etc.) presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di **ore** \_\_\_\_\_ .

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai 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.**

Il presente allegato è composto  
di n° \_\_\_\_\_ fogli

Il Responsabile  
( *Dott.ssa Patrizia Sollai* )

ALLEGATO DELIBERAZIONE  
N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO      IL DIRETTORE SANITARIO  
(*Dott. Gianluca Calabrò*)      (*Dott. Ugo Storelli*)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(*Dott. Emilio Simeone*)